57.12
Т 98

ВРАЧ И БОЛЬНОЙ

Н. А. ТЮВИНА

ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ЖЕНЩИН В ПЕРИОД КЛИМАКТЕРИЯ

★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★

БУДЬТЕ ЗДОРОВЫ!

КОНТРОЛЬНЫЙ ЛИСТОК
СРОКОВ ВОЗВРАТА

КНИГА ДОЛЖНА БЫТЬ
ВОЗВРАЩЕНА НЕ ПОЗЖЕ
УКАЗАННОГО СРОКА

Колич. пред. выдач.

53546

БУДЬТЕ ЗДОРОВЫ

57.12
Т11 9 л

Н. А. ТЮВИНА

ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ЖЕНЩИН В ПЕРИОД КЛИМАКТЕРИЯ

Рекомендуется для психиатров, гинекологов, эндокринологов, невропатологов и всех врачей, соприкасающихся с патологией климактерия

14
СПИСАНО
53546
Библиотека-филиал № 262 ЦБС „Солнцево" З. А. О, г. Москвы

МОСКВА
КРОН-ПРЕСС
1996

57.12
Т 98

ББК 53.57
Т 98

Тювина Н.А.

Т 98 Психические нарушения у женщин в период климактерия. — М., КРОН-ПРЕСС, 1996. — 224 с.

ISBN 5-232-00359-3

Каждая женщина переживает критический период в своей жизни — климактерий. На этом этапе возникает множество проблем, разрешать которые приходится как самим женщинам, так и врачам, соприкасающимся в своей работе с патологией климактерия.

В книге изложены вопросы диагностики, лечения и профилактики психических нарушений, непосредственно связанных с патологическим течением естественного и искусственного климактерия. Представлены критерии дифференциальной диагностики подобных расстройств с психическими заболеваниями, впервые возникающими в этом возрасте.

Книга предназначена для психиатров, гинекологов, эндокринологов, невропатологов и терапевтов. Она представляет несомненный интерес и для широкого круга читателей и особенно полезна женщинам среднего возраста.

Т $\frac{4108011000-359}{52Р(03)-96}$

ББК 53.57

ISBN 5-232-00359-3

© Н. А. Тювина, 1996
© КРОН-ПРЕСС, 1996
© Оформление Э. Сандановой, 1996

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение 5

Глава 1. КЛИМАКТЕРИЧЕСКИЙ СИНДРОМ КАК БИО-ПСИХО-СОЦИО-КУЛЬТУРАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА 8

Основные понятия 8

Возраст наступления менопаузы 11

Частота климактерического синдрома 14

Гормональные изменения в организме на пути к климактерию 15

Основные клинические проявления дефицита эстрогенов 18

Психосоциальные аспекты климактерия 21

Особенности характера женщин, страдающих от климактерического синдрома 27

Культуральный аспект климактерического синдрома 32

Глава 2. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ КЛИМАКТЕРИЯ (*в соавт. с В. В. Балабановой*) 38

Диагностика ранних проявлений климактерия 38

Клинические проявления климактерического синдрома 43

Психопатологические проявления климактерического синдрома 49

Сексуальные нарушения у женщин в период климактерия 75

Глава 3. ХИРУРГИЧЕСКАЯ МЕНОПАУЗА (ИСКУССТВЕННЫЙ КЛИМАКТЕРИЙ) 80
Посткастрационный синдром 83
Состояние после гистерэктомии 95

Глава 4. ИПОХОНДРИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЧЕСКИМ ТЕЧЕНИЕМ КЛИМАКТЕРИЯ 106

Глава 5. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ВПЕРВЫЕ ВОЗНИКШИХ В ПЕРИОД КЛИМАКТЕРИЯ . . . 118
Психические болезни и климактерий 118
Неврозы и реактивные состояния 121
Дифференциальная диагностика неврозов и психических нарушений при климактерическом синдроме 140
Маниакально-депрессивный психоз 143
Дифференциальная диагностика эндогенной и климактерической депрессии 151
Инволюционная меланхолия 152
Особенности злоупотребления алкоголем у женщин в период климактерия 159
Общее представление об алкоголизме . . 159
Возможные пути развития алкоголизма в климактерии 164

Глава 6. ТЕРАПИЯ И ПРОФИЛАКТИКА ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО ПЕРИОДА (*в соавт. с В. В. Балабановой*) 179
Основные принципы терапии 179
Гормональная заместительная терапия 181
Применение психотропных препаратов 188
Психотерапия 196

Особенности лечения психических заболеваний в период климактерия 201
Профилактика 205

Словарь использованных психиатрических терминов . . 210
Использованные сокращения 212
Литература 214

ВВЕДЕНИЕ

В последние годы среди врачей и в обществе в целом значительно повысился интерес к феномену менопаузы и развивающимся в связи с этим патологическим состояниям. В Соединенных Штатах Америки и развитых западных странах в специальных журналах для женщин, на страницах газет, в популярной литературе обсуждаются различные проблемы климактерия: гормональные изменения, возникающие в этот период, физические и психические нарушения, сопутствующие им, которые необходимо принять, чтобы избежать негативных проявлений или, по крайней мере, облегчить их. Чем же обусловлен такой интерес? Дело в том, что продолжительность жизни растет достаточно быстро. Согласно данным ВОЗ, к 2000 г. предполагается увеличение средней продолжительности жизни женщин в развитых странах до 75—80 лет, в развивающихся — до 65—70 лет. Средний возраст наступления менопаузы у женщин большинства стран приближается к 50 годам, т.е. многие из них могут достичь этого возраста. Если в XVII в. период менопаузы переживали не более 28% европейских женщин, то в настоящее

время менопаузы достигают около 95% женщин. За последние четыре десятилетия число женщин в возрасте 45 лет и старше более чем удвоилось, причем преимущественно за счет жительниц развивающихся стран. Так, в 1960 г. 47% мировой популяции женщин проживали в развитых странах, в то время как в 2000 г. этот показатель составит лишь 35%. Например, за последние два десятилетия ожидаемая продолжительность жизни женщин в Китае возросла с 41 до 69 лет.

Таким образом, с учетом роста продолжительности жизни, после наступления менопаузы женщине предстоит пройти треть своего жизненного пути.

Климактерий — это целый период в жизни женщины (так называемый средний возраст — 45—55 лет), в течение которого перед ней встают проблемы, связанные не только с биологически обусловленной гормональной перестройкой организма, но и с воздействием социальных, культуральных и психологических факторов. Ведущими проблемами климактерического периода являются психологическое состояние и психическое здоровье женщины. Помимо психических расстройств, обусловленных непосредственно менопаузой, в этот возрастной период повышается риск возникновения таких психических заболеваний, как неврозы и депрессии. В связи с этим перед обществом в целом и медициной в частности встают задачи по преодолению проблем, связанных с климактерием, чтобы не только сделать этот период менее затруднительным и болезненным, но и способствовать благополучию женщины в старости.

В отечественной печати практически не уделяется внимания этой проблеме, а медицинская литература большей частью рассчитана на узкий круг специалистов. Я поставила перед собой задачу написать книгу, ориентированную на практических врачей различных специальностей, искать помощи у которых женщин заставляет широкий спектр соматических и психических расстройств. Я надеюсь, что эта книга будет интересна и широкому кругу читателей, а женщинам принесет определенную пользу.

При написании книги использованы данные отечественной и зарубежной литературы, а также результаты многолетних собственных исследований, клинических наблюдений и опыта лечения женщин с психическими нарушениями климактерического периода.

ГЛАВА 1

КЛИМАКТЕРИЧЕСКИЙ СИНДРОМ КАК БИО-ПСИХО-СОЦИОКУЛЬТУРАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА

ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ

Многие клиницисты выделяют две критические биологические фазы в жизни женщины: **пубертат** с менархе (первой менструацией) и становлением детородной функции, означающий переход от детства к зрелости, и **климактерий**, характеризующийся угасанием сначала детородной, а затем менструальной функции и знаменующий наступление старости. Однако вопрос, когда начинается старость и какой возраст считать старческим — спорный. Женщина, как и мужчина, стареет всю свою жизнь, но к 40—50 годам у нее появляются определенные возрастные гормональные изменения, которые приводят к прекращению менструаций и деторождения.

В медицинской литературе в настоящее время встречается ряд терминов, обозначающих этот период в жизни женщины: климактерий, климакс, климактерический период, менопауза, пременопауза, постменопауза, перименопауза. Термины **климакс**, **климактерический период** и **климактерий** — синонимы и означают преходящую возрастную фазу, знаменующую переход от репродуктивной стадии жизни к нерепродуктивной. Согласно приме-

нявшейся ранее классификации, выделяли климактерический период, менопаузу и старость. Однако после менопаузы (последней менструации) женщина еще по крайней мере в течение года может забеременеть, так как несмотря на отсутствие менструальной функции в яичниках продолжают созревать яйцеклетки. При создании новой классификации этот факт был учтен, и менопауза стала рассматриваться как определенная фаза климактерия, а не как самостоятельный этап.

На I Международном конгрессе по менопаузе, состоявшемся в Париже в 1976 г., были даны основные понятия и определения, связанные с климактерическим периодом и сопровождающими его болезненными состояниями. Термин **менопауза** относится лишь к прекращению менструаций и означает последнее маточное кровотечение, обусловленное гормональной функцией яичников. Точную дату менопаузы можно установить только ретроспективно, но не ранее чем через год после прекращения менструаций. Выделяются две основные фазы климактерического периода — **пременопауза** и **постменопауза**. Пременопауза, или начальный период снижения функции яичников, характеризуется изменением интервалов между менструациями, длительности менструальных периодов и количества теряемой крови. Продолжительность пременопаузы варьируется в широких пределах — от 2 до 6 лет. Постменопауза — период от последней менструации до прекращения функции яичников — продолжается до 8 лет. Таким образом, менопауза находится примерно в середине климактерия. По предложению ВОЗ, период,

включающий пременопаузу и 12 месяцев после менопаузы, называется **перименопаузой**, которая в большей степени эквивалентна клиническому понятию климактерия.

Климактерий — это физиологическое явление, но при определенных условиях и под влиянием различных неблагоприятных факторов оно становится патологическим и проявляется так называемым **климактерическим синдромом (КС)**.

Климактерический синдром, по определению отечественных гинекологов-эндокринологов (Е. М. Вихляева, 1976; В. П. Сметник с соавт. 1988; М. Л. Крымская, 1990), представляет собой своеобразный симптомокомплекс, характеризующийся вегетативно-сосудистыми, нейропсихическими и обменно-эндокринными нарушениями. Термин **менопаузальный синдром** менее удачен, так как отражает патологическое течение более ограниченного временного периода. Понятие **климактерический невроз**, также встречающееся в литературе и медицинской практике, отражает сущность проблемы не полностью, поскольку невроз — лишь одно из психических проявлений этого (да и любого другого) периода, возникающее вследствие воздействия психической травмы на фоне климактерических нарушений, тем более что, помимо психических, при КС отмечаются и соматические отклонения. Поэтому термин «климактерический синдром» более адекватен и полностью отражает клиническую картину патологического состояния, возникающего у женщины в период климактерия.

ВОЗРАСТ НАСТУПЛЕНИЯ МЕНОПАУЗЫ

Средний возраст наступления менопаузы в большинстве европейских стран приближается к 50 годам. Представляют интерес некоторые исторические данные (М. Флинт, 1976). В Соединенных Штатах Америки 100 лет назад лишь некоторые женщины доживали до 48-летнего возраста, а в странах Африки и Индии женщины редко достигали 40 лет. В Европе в античные времена менопауза у женщин наступала в 40 лет, в XVI—XIX вв. — в 45 лет, а в 1948 г. этот возраст определялся 48 годами. В Великобритании средний возраст наступления менопаузы составляет 50,2 года (Д. И. Фромер, 1964), в Нидерландах — 51,4 года (Л. И. Б. Ясман, 1976), в Москве — 49,5 лет, в Сухуми — 50 лет (Л. В. Киласония, 1986), причем за последнее столетие он увеличился примерно на 4 года. Многие авторы связывают эту тенденцию с увеличением средней продолжительности жизни и влиянием социо- культуральных факторов. Однако индивидуальный возраст наступления менопаузы варьируется в довольно широких пределах: от 35 до 65 лет, в среднем — от 46 до 55 лет. Ранний климактерий наблюдается в 35—45 лет, поздний — в 56—65 лет.

Индивидуальный возраст наступления менопаузы определяется различными факторами: наследственными, биологическими, средовыми, психологическими. Многие авторы установили влияние наследственных факторов на возраст наступления и первой менструации, и менопаузы. По нашим данным, более чем у

половины обследованных женщин с климактерическим синдромом раннее наступление менопаузы связано с наследованием этого феномена по женской линии.

Данные о влиянии расовой принадлежности женщины на возраст наступления менопаузы противоречивы. По мнению многих авторов, у белых женщин менопауза наступает позднее, чем у чернокожих.

Суммируя все данные о влиянии на менопаузу таких факторов, как беременности, роды, аборты, можно сказать, что замужество, наличие родов и детей способствуют более позднему наступлению климактерия, а у незамужних бездетных женщин и у тех, чей анамнез отягощен большим количеством абортов, менопауза наступает раньше.

В литературе также имеются данные о влиянии некоторых заболеваний на возраст наступления менопаузы. Такие болезни, как диабет, рак тела и шейки матки, рак молочной железы, фиброма матки, полипы, ассоциируются с поздней менопаузой, в то время как рак яичников, зуд в разных частях тела и грыжи встречаются у женщин с ранним климаксом.

Оральные контрацептивы не увеличивают возраст наступления менопаузы, как считали ранее, а «скрывают» ее начало, продлевают период климактерия.

Нельзя недооценивать роль таких факторов, как уровень образования, качество питания и общее состояние здоровья, которые более благоприятны у женщин с высоким социально-экономическим уровнем и способствуют ослаблению физиологических и психо-

логических стрессов, замедлению процессов старения и, в частности, отдаляют наступление менопаузы.

По нашим данным, у женщин с психическими нарушениями климактерического периода возраст наступления менопаузы в среднем составляет 49—50 лет, что соответствует аналогичному показателю в популяции. Однако у довольно многих пациенток (20%) отмечалось раннее наступление менопаузы, т.е. до 45 лет (в популяции женщин Москвы этот показатель составляет 47,4 года).

Продолжительность пременопаузы (от начала нарушений менструального цикла до последней менструации) колеблется в широких пределах, от одного до нескольких лет, в среднем же составляет 18 месяцев (В. П. Сметник с соавт., 1988).

Первые симптомы наступления климактерия у женщин с психическими нарушениями появляются значительно раньше. Так, продолжительность периода пременопаузы у больных КС с психическими нарушениями — 4,7 года, неврозами — 6,7 года, маниакально-депрессивным психозом (МДП) — 3,3 года.

Таким образом, с одной стороны, психические нарушения сопутствуют патологически протекающему климактерию, а с другой — возникшие в пременопаузе психические заболевания (неврозы, маниакально-депрессивный психоз) влекут за собой эндокринную гинекологическую дисфункцию и способствуют удлинению сроков пременопаузы.

ЧАСТОТА КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Большинство зарубежных эпидемиологических исследований свидетельствует о том, что патология климактерического периода встречается у 75—80% женщин, однако лишь 10—15% из них обращаются за медицинской помощью. Остальные либо считают, что это обычное возрастное явление и пройдет само собой, либо думают, что все равно никто им не поможет.

За рубежом довольно часто проводят различные исследования с помощью опросников (анкет). При исследовании климактерического синдрома чаще всего задают вопросы о наиболее типичных его проявлениях, таких, как приливы и потливость. Приливы, по мнению многих авторов, возникают у 70—80% женщин в период постменопаузы, причем у 80% из них они продолжаются в течение года, а у 20% сохраняются на протяжении 5 лет и более после менопаузы; у некоторых случаются и после 60 лет. У многих женщин приливы и другие симптомы развиваются задолго до менопаузы, в пременопаузе, и беспокоят их некоторое время после окончания менструаций. По данным отечественных ученых (В. П. Сметник с соавт., 1988), частота возникновения климактерического синдрома у женщин, проживающих в Москве, — 37,7%, у жительниц сельской местности — 29,7%. Отечественные показатели частоты данной патологии ниже не потому, что в нашей стране женщины в этот период лучше себя чувствуют, а потому, что учитывались только случаи КС, требующие помощи врача.

ГОРМОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ОРГАНИЗМЕ НА ПУТИ К КЛИМАКТЕРИЮ

Климактерический период — это переход от репродуктивной фазы к нерепродуктивной. Традиционно проявления климактерия связывают с уменьшением запаса фолликулярных клеток. В начале детородного периода у женщины имеется около 400 тысяч яйцеклеток (премордиальных фолликулов), но созревания достигают всего 300—500, остальные постепенно рассасываются. После 40 лет в яичниках остается мало жизнеспособных яйцеклеток.

Репродуктивная функция тесно связана с менструальной, их регуляция осуществляется в системе гипоталамус—гипофиз—яичники—матка. Гипоталамус еще задолго до начала первой менструации дает «команду» гипофизу с помощью гонадотропинвысвобождающего гормона на выработку **фолликулостимулирующего** (ФСГ) и **лютеинизирующего** (ЛГ) гормонов. В первую половину менструального цикла преимущественно выделяется ФСГ и стимулирует созревание фолликула и выделение **эстрогена**. Только один из всех растущих фолликулов к середине цикла созревает, и из него выходит яйцеклетка, которая через отверстие в оболочке яичника проходит в фаллопиеву трубу для встречи со сперматозоидом и возможного оплодотворения. Этот процесс называется **овуляцией**. Женщины обычно чувствуют ее в виде резкой боли или неприятных ощущений внизу живота слева или справа (в зависимости от того, в каком придатке произошла овуля-

ция). Эстроген способствует утолщению слизистой оболочки матки (эндометрия), чтобы подготовить ее к прикреплению оплодотворенной яйцеклетки и последующему вынашиванию плода. Соответственно первая фаза цикла (от первого дня менструации до овуляции) называется **пролиферативной**, или **фолликулиновой**.

Процесс высвобождения из фолликула созревшей яйцеклетки происходит под влиянием ЛГ. На месте яйцеклетки остается желтоватое образование — желтое тело, которое вырабатывает, помимо эстрогена, другой гормон — **прогестерон**. Соответственно вторая половина цикла называется **фазой желтого тела,** или **лютеиновой**. Прогестерон способствует еще большему утолщению слизистой оболочки матки, подготавливая ее для приема яйцеклетки в случае оплодотворения. Если же оплодотворения не происходит, желтое тело отмирает, уровень гормонов (и эстрогена, и прогестерона) резко падает, а внутренние слои эндометрия начинают отторгаться. Данный процесс происходит в течение нескольких дней и называется **менструацией**. В детородном возрасте этот цикл происходит ежемесячно.

При приближении к менопаузе репродуктивная система угасает. Запас яйцеклеток истощается. В остающихся фолликулах также происходят качественные изменения — они становятся менее чувствительными к стимуляции гонадотропином. Гипофиз начинает выделять повышенное количество ФСГ, чтобы стимулировать созревание фолликула и секрецию эстрогена (эстрадиола). Снижающийся уро-

вень эстрогенов не способен обеспечить положительную обратную связь с гипофизом, чтобы стимулировать выработку достаточного количества ЛГ для овуляции и последующего функционирования желтого тела.

Таким образом, фолликулы вызревают все реже, уровни эстрогена и прогестерона снижаются. Менструации становятся нерегулярными (чаще цикл удлиняется), более скудными. Иногда отмечаются дисфункциональные кровотечения.

Яичники, кроме женских половых гормонов, продуцируют, хотя и в значительно меньших количествах, мужские гормоны — тестостерон и андростендион. В пременопаузе преимущественно вырабатывается андростендион, уровень которого после менопаузы снижается вдвое. Недостаток андростендиона в постменопаузе компенсируют надпочечники. При снижении уровня эстрогена активизируются процессы превращения андростендиона жировыми клетками организма в эстрон, слабую форму эстрогена. Эстрон вырабатывается постоянно, а не циклически, к тому же уровень его в крови недостаточен для регулирования процессов в яичниках и матке. Следовательно, уровень гормонов и их соотношение не могут обеспечить ни вызревания яйцеклетки, ни овуляции, ни пролиферации эндометрия и его отторжения в случае неоплодотворения яйцеклетки. Менструации прекращаются, и наступает менопауза.

ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ДЕФИЦИТА ЭСТРОГЕНОВ

Описанные выше изменения в гормональной системе, происходящие в период климактерия в организме любой женщины, носят физиологический характер. Женщины, у которых на протяжении всей жизни уровень эстрогенов был достаточно высоким, легко переносят наступление менопаузы. Некоторые из них совершенно не замечают признаков гормональной перестройки — менструации как бы обрываются и менопауза не сопровождается симптомами болезни. Другие женщины страдают от изменений, происходящих в организме в период климактерия, и прежде всего от тех климактерических симптомов, которые являются следствием гормональных нарушений. По мнению большинства ученых, патологический климактерий является преимущественно следствием дефицита эстрогенов, и характерными для климактерического синдрома будут те жалобы и явления, которые в первую очередь отражают этот дефицит.

Наиболее типичным симптомом менопаузы считается прилив жара, свойственный в той или иной степени около 75% женщин. Одни испытывают единичные приливы, другие — до 30—50 в день. Прилив жара — это своеобразный приступ, который начинается с покраснения кожи лица, шеи, груди и сопровождается чувством жара, а затем выделением холодного пота. Дело в том, что температура кожи лица во время прилива повышается на 4—6°С, а внутренняя температура тела при этом

падает вследствие отвода избыточного тепла путем усиленного потоотделения. Пульс обычно учащается, за приливом жара следуют ощущение холода и озноб. Продолжительность прилива варьируется от нескольких секунд до часа, в среднем 4—5 мин. Приливы бывают и днем, и ночью. Частота их колеблется в довольно широких пределах: от единичных приливов в месяц до нескольких в час. Приливы, сопровождающиеся обильным потоотделением в ночное время, как правило, являются причиной нарушений ночного сна и связанных с этим сонливости в дневное время, раздражительности и общего дискомфорта. Первые приливы как предвестники менопаузы могут появляться за несколько лет до ее наступления. У других приливы возникают одновременно с прекращением менструаций и продолжаются в течение 1—2 лет.

В связи со снижением концентрации эстрогенов наступают атрофия гениталий (половых органов), атрофический вагинит, нарушения функций мочевыводящих путей, сексуальные дисфункции, остеопороз и т.д.

Большинство специалистов придерживаются определенной классификации основных нарушений, возникающих вследствие дефицита эстрогенов. Все расстройства разделены на три группы:

1. Острые нейроэндокринные проявления — приливы, потливость, нарушения сна, а также сопровождающие их колебания настроения, тревога, раздражительность, ухудшение памяти и концентрации внимания.
2. Промежуточные, урогенитальные состоя-

ния — атрофия гениталий, уменьшение полового влечения (либидо), уретральный синдром.

3. Хронические заболевания — коронарная болезнь, тромбоз, остеопороз.

Острые симптомы могут возникать как в пременопаузе, так и после менопаузы. Психические нарушения могут сопутствовать им, а могут возникать параллельно. Подробнее об этом — в следующих главах.

Промежуточные симптомы развиваются после менопаузы, обычно в первые 3—6 лет, вследствие атрофии влагалища и уретры, и приводят в итоге к сексуальным нарушениям и уретральному синдрому. С дефицитом эстрогенов связывают уменьшение коллагена в коже, что является причиной ее истончения, сухости и приводит к образованию морщин.

Поздние или хронические расстройства (остеопороз и атеросклероз) являются следствием метаболических изменений в костной ткани и нарушения обмена липидов. При остеопорозе разрежается костная ткань, кость истончается, становится более хрупкой, и это способствует переломам костей, чаще верхних и нижних конечностей, особенно при травмах.

Атеросклероз является заболеванием кровеносной системы и может быть причиной различных тяжелых состояний. Так, вследствие атеросклероза сосудов головного мозга могут возникнуть нарушение мозгового кровообращения, инсульт, расстройства памяти, настроения и т.п. Атеросклероз коронарных артерий может привести к тяжелой стенокардии, инфаркту. Все эти процессы развиваются

значительно быстрее и раньше у женщин с выраженным дефицитом эстрогенов и ранним климаксом.

ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ КЛИМАКТЕРИЯ

Климактерические симптомы определяются не только физиологическими изменениями в организме, но и, в большей степени, воздействием средовых и психогенных факторов. Можно предположить, что проблема менопаузы в определенной степени создается отрицательным отношением общества к старению в целом и старению женщины в частности. В ряде случаев женщины должны преодолевать не только реальные трудности среднего возраста и менопаузы, но и множество связанных с ними предрассудков и стереотипов. Преобладающие взгляды на менопаузу сами по себе являются значительным фактором в формировании того образа, в котором предстает климакс. Тот факт, что до недавнего времени большинство исследований климактерия проводилось врачами-мужчинами, вносил определенные искажения в источники информации.

Во многих научных статьях климактерий оценивается как «критический» период в жизни женщины, период «органической инволюции» и «психической регрессии». Один из немецких исследователей-психоаналитиков Х. Дойч пошел так далеко, что охарактеризовал менопаузу как «частичную смерть». Период менопаузы рассматривается многими учеными как время, характеризующееся потерей

и деструкцией чувств. Женщина представляется пассивной, мазохистичной и нарциссической личностью, определяемой по выполнению супружеских обязанностей и отношению к детям (З. Фрейд, Х. Дойч. Е. Х. Эриксон). Природа совершает «грязный обман» по отношению к женщинам, не только лишая их способности к репродукции, но и более всего потому, что понятие о состоянии дефицитарности подразумевает потерю всего, и в частности женственности. Некоторые авторы определяют климактерий как хроническую и лишающую способностей болезнь, другие рассматривают эволюцию женской физиологии после менопаузы в более благоприятном свете, в том смысле, что этот процесс является движением к более совершенному, т.е. более маскулинному состоянию. К сожалению, обзаведение усами после менопаузы не помогает женщине приспособиться к процессам старения.

При таком отношении общества к периоду климактерия можно ли считать удивительным страх женщины перед менопаузой как причиной снижения физических и сексуальных возможностей и изменения психического состояния?

Другим стереотипом является рассмотрение тяжелого климакса как «продукта» богатого общества, проявления роскоши для привилегированных. Так, приливы в словаре Ван Дейла (цит. по Л. Сэверн, 1986) определяются как «более или менее воображаемая болезнь, свойственная представительницам высших социальных слоев и характеризующаяся симптомами, по природе своей истерическими и деп-

рессивными». В основном преобладает представление, что работающая женщина, у которой нет времени предаваться переживаниям, практически не страдает от менопаузы. Это совершенно голословное утверждение, как и то, что «каждая женщина переживает такую менопаузу, которую она заслуживает» (довольно часто цитируемый в литературе афоризм).

В последние два десятилетия значительно возрос интерес к изучению влияния на менопаузу психосоциальных факторов. Установлено большое значение для каждой женщины в период климактерия таких социальных моментов, как семейное положение, работа, взаимоотношения с детьми, друзьями, материальное обеспечение и т.д. Все эти факторы могут либо способствовать адаптации женщины в переходный жизненный период, либо затруднять ее.

Менопауза рассматривается исследователями с двух сторон. С одной стороны, она определяется как образец изменений жизненных событий во всех отношениях. Термин *the change* по-английски или *der Wechsel* по-немецки означает, что менопауза — это острое изменение в жизни женщины, которое может приравниваться к потере, включая потерю способности к деторождению, потерю сексуальности и женственности. Взгляд на менопаузу как на потерю характерен для психоаналитиков. По их мнению, женщина в менопаузе теряет все, что получила в пубертате. С другой стороны, менопауза интегрируется с новым этапом в жизни женщины, связанным с определенными достижениями. Так, многие женщины, для которых менструация была в тя-

гость, с наступлением менопаузы испытывают определенное облегчение. Женщины, которые боялись забеременеть, особенно те, кто не использовал современные противозачаточные средства, также встречают менопаузу как избавление от постоянного страха.

В результате исследований, проведенных ВОЗ, установлено, что приливы как наиболее характерный симптом менопаузы не связаны с социальными условиями, а невротические расстройства менее специфичны для климакса и больше зависят от психосоциальных факторов. В частности, женщины с лучшим материальным обеспечением и образованием, живущие в более благоприятных условиях, менее склонны к затруднениям в климаксе. Для высшей социоэкономической группы работа вне дома всегда дает положительный эффект, в то время как для низших слоев наличие работы несет дополнительный стресс и напряжение в перименопаузе. Больше всех страдают от проявлений климакса домохозяйки, особенно в низшей социоэкономической группе.

На течение климактерия влияют, помимо социально-экономических, и другие внешние факторы. Между 40 и 60 годами женщина может переживать некоторые типичные для этого периода жизни события: уход детей из дома (симптом «пустого гнезда»), смерть или болезни родителей, развод с мужем, изменения в сексуальных взаимоотношениях, увеличение риска болезней для партнера и ее самой, уменьшение гарантий на работу и т.д. В частности, установлено, что у женщин, ухаживающих за малолетними детьми, в период климактерия отмечается наименьшее количес-

тво жалоб. Дело в том. что в современных европейских семьях, чаще всего малодетных (1—2 ребенка), последний ребенок рождается примерно за 20 лет до наступления у матери менопаузы, а ко времени ее климактерия покидает родительский дом. В прошлом большинство женщин рожали детей в течение всего фертильного (детородного) периода, и последний ребенок появлялся на свет незадолго до менопаузы (или даже в период перименопаузы). Это означало, что после наступления менопаузы дети оставались с матерью еще 1—2 десятилетия. Поэтому у женщин прошлого века риск иметь определенные отклонения в климаксе был значительно меньше, чем у наших современниц. Здесь нельзя, конечно, упускать из виду эмансипацию современных женщин, их занятость не только семейными делами, но и в социальной сфере. Поэтому все сказанное в большей степени относится к женщинам-домохозяйкам и к тем, для кого работа не представляет жизненной потребности и не приносит должного удовлетворения.

По нашим данным, ни один из вышеперечисленных факторов сам по себе не является причиной климактерических расстройств — важно его место в иерархии ценностей и значимость для каждой женщины. Например, если женщина из-за жизненной необходимости вынуждена выполнять тяжелую, изнуряющую физическую работу — это неблагоприятный фактор. Если же работа соответствует полученному образованию и доставляет удовлетворение и радость, то это положительный момент, позволяющий отвлечься от других проблем. Большое значение имеет уровень

межличностных взаимоотношений в коллективе — эмоциональный климат. Конфликтная, напряженная обстановка на работе может способствовать развитию патологических реакций.

Что касается детей, то матери, по нашим наблюдениям, переживают не столько уход их из дома, сколько различные неприятные события в их жизни (конфликты в семье и на работе, разводы, совершенное преступление и суд, несчастные случаи, болезни и т.д.).

Семейные проблемы, пожалуй, занимают одно из главных мест среди факторов, провоцирующих психические расстройства. Из числа обследованных больных около 30% составляли разведенные, вдовы и незамужние, но и у замужних было достаточно проблем в семейной жизни. Только 41% из них удовлетворены взаимоотношениями с мужем, остальные 59% жаловались на те или иные сексуальные нарушения. Разлад интимных отношений и развод с мужем происходили по разным причинам. Две из них, наиболее часто встречавшиеся, — алкоголизация мужа и дизгамия (половая несовместимость), вызывающая сексуальную неудовлетворенность. Разводы могут иметь место в любом возрасте и переживаются женщинами по-разному в зависимости от их причины и последствий, но в возрасте климактерия многие женщины настроены пессимистично в отношении устройства личной жизни, так как в быту преобладает мнение, что климакс связан с наступлением старости, потерей привлекательности, снижением сексуальных возможностей и психологическими изменениями. Такой взгляд на этот жизненный этап присущ

не только непросвещенным обывателям, но и отдельным врачам, что наносит несомненный вред их пациенткам.

У женщин, страдавших от бесплодия, при наступлении менопаузы уходят последние надежды родить ребенка. Особенно тяжело эту ситуацию переживают те, кто страстно хотел иметь детей, но не мог из-за несостоятельности собственной репродуктивной функции или по вине мужа.

Если расположить все перечисленные факторы в порядке значимости, то оказывается, что на психическое состояние женщины в период климактерия более всего влияют конфликты и развод с мужем, страдание от одиночества, переживания, связанные с бесплодием, проблемы с детьми, увольнение с работы и сокращение, смерть родителей, болезнь и смерть близких родственников. Однако не сами по себе эти события, а их специфические качества, тяжесть и значимость, а также преморбидные особенности личности, способность бороться со сложностями и адаптироваться в создавшейся ситуации составляют патогенетический механизм психопатологических отклонений.

ОСОБЕННОСТИ ХАРАКТЕРА ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ОТ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА

В литературе встречаются сообщения о том, что большое влияние на характер климактерических симптомов оказывают личностные особенности женщины. Некоторые ученые счита-

ют, что эмоциональные нарушения могут развиться только у тех женщин, у которых в анамнезе уже были эмоциональные проблемы. Многие авторы указывают на тесную корреляцию психических и психосоматических нарушений с типом личности женщины и в то же время отрицают связь вазомоторных симптомов (приливов, потливости). Так, отмечено, что невротизм, чувство виновности, невротическая самозащита как результат строгого воспитания, а также психические расстройства родителей коррелируют с психическими расстройствами в период перименопаузы.

Другие ученые обнаружили, что неуверенность в себе, эмоциональная зависимость, эгоцентризм, бедность межперсональных взаимоотношений, плохая приспособляемость присущи женщинам с большим числом климактерических жалоб. Женщины с негативным отношением к менопаузе в большей степени страдали от ее симптомов. Подтверждается также связь между психическими и психосоматическими проявлениями и личностными особенностями: склонностью к тревоге, замкнутостью, отчужденностью. Женщины, жизнь которых в большей степени зависит от внешних обстоятельств, более подвержены развитию климактерических психических нарушений. Низкий уровень любви к себе и удовлетворенности жизнью также способствует появлению климактерических симптомов (А. Коллинз, 1990).

При изучении преморбидных особенностей личности мы установили, что акцентуированные и психопатические черты характера присущи 59% пациенток. Эти расстройства озна-

чают выраженные и устойчивые аномалии характера и поведения, препятствующие социальной адаптации. Психопаты страдают от своего характера сами и заставляют страдать других. Они создают себе проблемы, а потом героически их преодолевают.

Выделены истерические, психастенические, астенические, паранойяльные, эпилептоидные, возбудимые, дистимические личности (в порядке частоты встречаемости).

Истерические личности склонны к демонстративному поведению, преувеличению аффективных реакций (бурное переживание как радости, так и несчастья), фантазиям, лжи, скоропалительности принимаемых решений. Они обладают патологической способностью к вытеснению (т.е. как бы забывают все то, что им не выгодно помнить). Наиболее яркой чертой характера является постоянное желание быть в центре внимания окружающих. Эгоизм, эгоцентризм, высокий уровень притязаний — все эти черты характера способствуют появлению в период климактерия разнообразных соматических и психических расстройств. Состояние усугубляется наличием психотравмирующих ситуаций и социальных проблем.

Психастенические личности характеризуются нерешительностью, тревожностью, мнительностью, чрезмерной добросовестностью и пунктуальностью, тщательностью и скрупулезностью в любом деле. Они склонны к постоянным сомнениям и самоанализу, проверке и перепроверке уже выполненной работы. Женщины с подобными характерологическими особенностями в большей степени страдают

от своего характера сами в отличие от истерических личностей, заставляющих страдать других. У психастеников легко возникают тревога, страхи, реакции фиксации на своем здоровье.

Астенические черты характера — робость, застенчивость, повышенная впечатлительность и чувствительность, ранимость, обидчивость, уязвимость, раздражительность наряду с повышенными истощаемостью и слабостью. У таких личностей значительно снижен порог адаптационных возможностей и достаточно быстро наступает декомпенсация в плане усиления астенических проявлений или возникновения депрессии.

Паранойяльные личности отличаются аффективной ригидностью, застреваемостью, упрямством. Они недоверчивы, подозрительны, эгоцентричны, с повышенным самомнением и стеничностью в борьбе за справедливость (в их понимании). Эти черты характера создают основу для сверхценных образований. В частности, в период климактерия могут возникать сверхценные идеи ревности, сутяжничества, ипохондрические идеи.

Эпилептоидный характер составляют такие черты, как прямолинейность, эгоцентризм, обостренное чувство справедливости (проявляющееся в основном в виде заботы о собственном благе), педантизм, ригидность мышления и аффективных реакций, злопамятность и мстительность, импульсивность поступков. Мышление таких людей отличается обстоятельностью, конкретностью, излишней детализацией. С предыдущей группой их роднят активность и стеничность в борьбе за

справедливость; конфликтность, неуживчивость. На этой почве могут появляться идеи отношения, кверулянтские идеи. Периодически могут возникать эпизоды мрачно-злобного настроения с агрессией. Обычно такое настроение бывает перед менструацией, когда больные ищут объект, на котором можно сорвать зло. Чаще всего такими объектами становятся муж, дети, другие члены семьи. Бывают нарушения влечений, в том числе сексуального. Эксцессы на сексуальной почве могут сопровождаться грубыми сценами ревности и садомазохистскими поступками. Часто напиваются до бесчувствия, в состоянии опьянения агрессивны, злобны, способны к нанесению телесных повреждений.

Возбудимые (эксплозивные) личности отличаются крайней раздражительностью, напряженностью, придирчивостью, эмоциональными вспышками по малейшему поводу. Они упрямы, властолюбивы, не терпят замечаний и возражений, обидчивы, но быстро сменяют гнев на милость. Характерна склонность к алкоголизации, приему наркотических средств с целью «расслабиться», «снять напряжение», «забыться».

Среди пациенток, страдающих климактерическим синдромом, встречаются также личности *с дистимическими (или гипотимическими) чертами характера*, что означает наличие постоянно пониженного фона настроения с пессимистической оценкой жизни, недовольством собой и окружающими. Они молчаливы, переживают все «в себе», но наряду с этим достаточно общительны, добры и отзывчивы по отношению к окружающим.

Необходимо отметить, что характер (в худшем смысле слова) проявляется вначале перед менструацией, в рамках так называемого предменструального синдрома (см. ниже), а затем в период климактерия. Характерологические особенности — это тот потенциал, который в зависимости от внешних условий может проявиться как в положительном, так и в отрицательном плане. В период климактерия возникает благоприятная биологическая почва в виде нейроэндокринной перестройки в организме, сопровождающейся соматовегетативными нарушениями. Личностные особенности, а также наследственная предрасположенность к различным заболеваниям представляют собой взрывной механизм, который может сработать, но в определенных условиях. К таким условиям и относятся различные внешние факторы: социальные, психогенные, культуральные.

КУЛЬТУРАЛЬНЫЙ АСПЕКТ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Особый интерес представляют исследования о влиянии культуральных различий на менопаузу и связанную с ней симптоматику. Дело в том, что в разных странах в зависимости от религиозных воззрений, традиций, обычаев, уровня культуры отношение общества к женщине в различные возрастные периоды ее жизни неравнозначно.

В американской и западной культурах к старению относятся негативно, а юность и красота превозносятся. Косметическая индус-

трия, пластическая хирургия, фармацевтическая промышленность (производство гормональных препаратов и различных средств, замедляющих процессы старения) имеют огромные доходы от тех, кто стремится постоянно быть молодым. В Америке старые люди не рассматриваются как образец опытности и мудрости, и у женщин после 40 лет появляются проблемы с работой. В условиях американской культуры, ориентированной на мужчин и молодость, «женщины не награждаются за достижение ими менопаузы, а наказываются». Такой вывод сделала М. Флинт после серии кросскультуральных исследований. В 1975 г. она провела сравнительное изучение двух групп женщин: индианок касты райпут, проживающих в штатах Раджастан и Химакал Прадеш, и американок. В то время как в США и европейских странах, климактерические нарушения распространены довольно широко, у женщин касты райпут практически не было каких-либо симптомов, характерных для этого периода. Более того, они с нетерпением ждут менопаузы и весьма положительно относятся к факту ее наступления. Объяснение такому странному различию может быть дано при взгляде на оценки менопаузы и отношение к ней, а также на изменение роли женщины при достижении ею возраста менопаузы в каждой из этих культур.

В Раджастане женщины райпут живут в гареме вплоть до менопаузы; в Химакал Прадеш им не разрешается находиться в компании мужчин, кроме мужа, а до замужества — кроме отца. Поэтому достижение возраста менопаузы является основанием измене-

ния их статуса и роли. Эти женщины освобождаются от ограничений гарема, могут свободно общаться с мужчинами, включаться в работу вне дома, т.е. с наступлением менопаузы их статус становится выше по сравнению с тем, когда они были способны к рождению детей. Другими словами, они «награждаются» за достижение менопаузы.

В подтверждение этого положения можно привести ряд примеров из других исследований. Так, женщины из арабских стран, находящихся под влиянием мусульманских обычаев и культуры, обычно легко переносят менопаузу и не испытывают негативного отношения к периоду климактерия, так как становятся более свободными и в меньшей степени зависимыми от воли мужа. У некоторых народов девочки до начала менструаций и женщины после их прекращения считаются «чистыми», святыми, им доверяется совершение определенных ритуалов и обрядов. Так, в Микронезии женщины, достигшие возраста менопаузы, становятся целительницами. Женщинам племени банту в Южной Африке позволяется принимать участие в чистке оружия и есть мясо барана — и то и другое является самой высокой честью. В Эфиопии женщинам после менопаузы можно ходить в запретные места и прикасаться к ритуальной пище, в чем раньше им было отказано. В Бали женщинам в постменопаузе, как и девственницам, разрешается участвовать в церемониях, от которых женщины детородного возраста становятся бесплодными. Во всех этих культурах женщины мало страдают от менопаузальных нарушений.

Выявлен также тот факт, что культуральные факторы в большей степени влияют на психическое состояние женщины, чем на вазомоторные проявления климактерия (приливы, потливость). Однако при хорошем психическом самочувствии и оптимистической оценке своей перспективы после менопаузы женщины спокойнее переносят гормональную перестройку со всеми возможными последствиями. Они понимают, что это необходимое преходящее состояние, вслед за которым наступит более светлый период.

Не только культура в целом, но даже и субкультура в определенных случаях может существенно повлиять на отношение к менопаузе и характер соответствующих расстройств. В 1978 г. М. Флинт и М. Гарсиа были обследованы две группы женщин среднего класса: израильтянки и кубинки, проживающие в США. Было выявлено, что кубинки, несмотря на высокий профессиональный уровень и выраженную включенность в западную культуру, до сих пор считают себя принадлежащими не только к кубинской субкультуре, но и к испанской культуре. В Испании же существует двойной стандарт сексуального поведения: считается, что «хорошие» женщины интересуются сексом не иначе как средством для деторождения, «плохие» получают от секса удовольствие. С наступлением менопаузы и окончанием способности к деторождению культурально обусловленная рациональность иметь сексуальные контакты с «хорошей» женщиной (своей женой) для мужчины может быть исчерпана. Таким образом, для «хороших» женщин, которые, тем не менее, получали удо-

вольствие от секса, наступление менопаузы нежелательно. Этим можно объяснить отрицательное отношение к менопаузе кубинок по сравнению с израильтянками, которые всю жизнь прожили в Америке и в высшей степени американизированы. Их отрицательное отношение к любому аспекту менопаузы укладывается в рамки стереотипа американок, оценивающих менопаузу как негативное явление.

Отечественных исследований на эту тему практически не проводилось. Можно лишь предположительно судить о распространенности и клинической выраженности климактерических расстройств в зависимости от культуральных влияний и религиозных воззрений, учитывая, например, меньшую обращаемость к врачам с соответствующими жалобами женщин, принадлежащих к мусульманским народам. Есть данные об особенностях течения климактерического синдрома в Москве, где у 51,7% он протекал в тяжелой форме, и в Сухуми, где также преобладала тяжелая форма синдрома (58,2%) (В. П. Сметник с соавт., 1988). У сельских жительниц Сухумского района наблюдались преимущественно легкие расстройства (61,4%). У горожанок психические нарушения встречались значительно чаще, чем у сельских жительниц. Однако известно, что в тот период в Сухуми проживали лица разных национальностей, в том числе русские, грузины, греки, украинцы, т.е. преимущественно христиане. В сельской же местности преобладало абхазское население с мусульманским вероисповеданием.

Таким образом, влияние психогенных, социальных, культуральных факторов и личнос-

тных особенностей на генез климактерических расстройств бесспорно. Поэтому можно считать вполне оправданной предложенную на Международном конгрессе в 1976 г. концепцию «психо-сомато-социо-культурального» синдрома (У.Г. Ютайан, Д. Сэрр, 1976).

ГЛАВА 2

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ КЛИМАКТЕРИЯ

ДИАГНОСТИКА РАННИХ ПРОЯВЛЕНИЙ КЛИМАКТЕРИЯ

Первые симптомы климактерия у большинства больных возникают в пременопаузе, т.е. задолго до наступления менопаузы, причем у 70% больных они вначале появляются в рамках предменструального синдрома.

Предменструальный синдром (ПС) представляет собой комплекс соматопсихических нарушений, возникающих во второй половине менструального цикла и исчезающих с началом менструации или в первые ее дни. ПС встречается примерно у 30% женщин. У женщин с психическими заболеваниями частота ПС значительно возрастает и составляет, по нашим данным, 70—100% в зависимости от характера психического расстройства.

Жалобы женщин, страдающих ПС, очень разнообразны: головные боли, головокружения, тошнота и рвота, болезненное нагрубание молочных желез, метеоризм, отеки, кожные высыпания и зуд, сердцебиение, повышение температуры тела, носовые кровотечения, аллергические реакции, нарушения сна, раздражительность, плаксивость, нервное напряжение и беспокойство, снижение настроения, слабость, обмороки. Однако большинство ис-

следователей ведущими считают изменение психического состояния. Еще в конце прошлого столетия клиницисты обратили внимание на циклические колебания психического состояния женщины, связанные с менструальным циклом. С. С. Жихарев, Э. И. Ланда, Н. В. Войцеховский указывали, что у некоторых женщин незадолго до начала менструации изменяются настроение и поведение: они становятся капризными, придирчивыми, ссорятся по каждому пустяку, чрезвычайно подозрительны и обидчивы; многих добрых и снисходительных девушек и женщин трудно бывает узнать — до того меняется их характер. Одни жалуются на депрессию и плаксивость, другие — на слабость, вялость, апатию, третьи становятся раздражительными, агрессивными, на всех обижаются, сами же относятся к окружающим бесцеремонно. Женщины, любящие своих детей и в поведении ничем не отличающиеся от здоровых людей в первую половину цикла, во второй его половине и особенно перед менструацией становятся трудно узнаваемыми: в приступе раздражительности буквально теряют над собой контроль, избивают детей, конфликтуют с мужьями. Некоторые женщины испытывают перед месячными неудержимую половую страсть, почти напоминающую нимфоманию, хотя усиление полового влечения обычно характерно для первой половины менструального цикла.

Знаменитые психиатры конца прошлого и начала нашего века Р. Крафт-Эбинг, Э. Крепелин, С. С. Корсаков, П. И. Ковалевский считали закономерным обострение психических заболеваний в предменструальном перио-

де. Р. Крафт-Эбинг выделял как самостоятельное заболевание «менструальные психозы» в группе периодических помешательств. Э. Крепелин, описывая приступы «менструального помешательства», оценивал их как «периодическое помешательство с короткими промежутками».

Многие исследователи обращают внимание на преобладание в структуре предменструального синдрома депрессивных расстройств, повышение уровня тревоги, чем объясняют возрастание суицидов в предменструальном периоде по сравнению с другими фазами цикла. По данным ряда авторов, на предменструальный период падает около 1/3 совершенных самоубийств среди женщин и около 75% попыток свести счеты с жизнью; 84% правонарушений против личности совершается женщинами накануне и в первые дни месячных, особенно кражи и поджоги. О криминальном значении предменструального периода писал еще в 1902 г. Р. Крафт-Эбинг, перечисляя большой список известных в литературе убийств, поджогов и повторных краж, совершаемых женщинами в это время. Некоторые психиатры предлагали признавать женщину невменяемой, если она совершила преступление в состоянии предменструального психоза.

При изучении клиники и течения психических заболеваний в зависимости от фаз менструального цикла мы установили, что ухудшения психического состояния отмечаются у большинства психически больных женщин. Характерно, что первые симптомы заболевания, «предвестники», появляются сначала в рамках ПС. Выявлены наиболее чувствитель-

ные симптомы, которые особенно часто возникают перед менструацией: снижение настроения, сопровождающееся апатией или тревогой, тоской с суицидальными мыслями и тенденциями; сверхценные и бредовые идеи; раздражительность, злобность, агрессивность по отношению к окружающим с возможностью совершения социально опасных действий; различного рода пароксизмальные расстройства, включающие как вегетативно-сосудистые кризы, так и припадки с потерей сознания. Обнаружение симптомов болезни в рамках ПС до ее манифестации или на ранней стадии (в инициальном периоде) заболевания имеет большое профилактическое значение, так как своевременная адекватная терапия предменструального синдрома препятствует возникновению или обострению заболевания в целом. ПС у некоторых женщин формируется с подросткового возраста, у других возникает после родов или абортов, у третьих — в преддверии климактерия. Так или иначе, с возрастом частота ПС увеличивается и в популяции женщин, страдающих климактерическими расстройствами, составляет, по нашим данным, 70,5%. После 40 лет у таких больных увеличиваются продолжительность и тяжесть предменструального синдрома, в его структуру включаются первые симптомы климактерических нарушений: потливость при малейшей нагрузке, слабость, головокружение, сердцебиение. Становятся более выраженными и психические проявления: раздражительность, вспыльчивость, обидчивость, плаксивость у одних; слабость, снижение активности и интересов у других. В период пременопаузы в

рамках ПС появляются приливы и потливость в покое (без физических нагрузок), а также в ночное время, что свидетельствует о наступлении климактерия. У некоторых больных в этот период могут возникать симпатоадреналовые кризы, обычно накануне или в первый день менструации. Можно отметить и заострение характерологических особенностей, что наиболее заметно у акцентуированных и психопатических личностей. У половины больных цикличность клинических проявлений сохраняется и после менопаузы — псевдопредменструальный синдром, или, по определению гинекологов, трансформированный предменструальный синдром.

Циклические колебания соматического и психического состояния в большей степени выражены у женщин, находившихся на лечении гормональными (особенно комбинированными эстроген-гестагенными) препаратами. Тот факт, что первые симптомы климактерических расстройств, как и других заболеваний, появляются в рамках ПС, имеет очень важное значение для ранней диагностики и профилактики этих нарушений. Выявление ПС до наступления климактерия или в период пременопаузы и назначение соответствующего лечения позволяют не только сгладить циклические колебания состояния, но и способствуют купированию климактерических расстройств на самой ранней стадии.

У больных, не страдающих предменструальным синдромом, первые симптомы климакса появляются либо в пременопаузе, либо вскоре после наступления менопаузы. Вегетативно-сосудистые и психические нарушения

обычно возникают одновременно, однако нарастание тяжести соматовегетативных проявлений (частые приливы, обильное потоотделение, сердцебиение, головокружение и т.д.) и обменных нарушений (прибавка в весе, урогенитальные отклонения) способствует усилению психических расстройств, особенно истерических и ипохондрических.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Как уже отмечалось выше, климактерический синдром — сложное состояние с полиморфной симптоматикой, возникающее вследствие не только дефицита эстрогенов, но и нарушений адаптационных процессов в нейроэндокринной системе, происходящих под влиянием как внутренних, так и внешних факторов.

Клиническая картина климактерического синдрома складывается из трех групп симптомов:

1. Вегетативно-сосудистые, или вазомоторные нарушения (приливы жара, потливость, повышение артериального давления или его колебания, головная боль, головокружения, сердцебиение, зябкость, ознобы, чувство онемения, симпатоадреналовые кризы).
2. Обменно-эндокринные нарушения (ожирение, изменение функции щитовидной железы, дисгормональная гиперплазия молочных желез, атрофия половых органов и т.д.).
3. Психические нарушения, которые обяза-

тельно присутствуют в той или иной степени в структуре климактерического синдрома, а в ряде случаев являются доминирующими.

Из вазомоторных нарушений наиболее типичными для климактерия являются приливы жара и потливость. Приливы различаются по степени выраженности, продолжительности и частоте. У одних они бывают редко (1—2 раза в день), у других же — каждые 30—40 мин, включая и ночное время. Клиническая картина прилива также различна: от легкого порозовения лица и ощущения тепла на коже головы и верхней части туловища до своеобразного приступа, во время которого жар охватывает шею, лицо, затем плечи, кожа краснеет, пульс учащается, становится трудно дышать. При этом могут повышаться артериальное давление и температура тела, возникнуть сердцебиение и головная боль, что свидетельствует об определенной вазомоторной нестабильности. В конце приступа появляется обильное потоотделение с легким познабливанием. От подобных приступов женщины просыпаются по ночам, сон нарушается. При сильных «горячих» приливах с потливостью женщины стараются максимально раздеться, чтобы не было жарко, поэтому часто болеют простудными заболеваниями.

По количеству приливов в сутки гинекологи определяют тяжесть климактерического синдрома. Согласно этой классификации (Е. М. Вихляева, 1976), при легкой форме КС отмечается до 10 приливов в сутки при отсутствии нарушений общего состояния и сниже-

ния работоспособности. КС средней тяжести характеризуется наличием 10—20 приливов в сутки, сопровождающихся другими вегетативными проявлениями (головной болью, сердцебиением, головокружением и т.д.) и нарушением трудоспособности. При тяжелой форме КС наблюдаются частые приливы (более 20 в сутки) с ухудшением общего состояния и значительным снижением работоспособности. Эта классификация в большей степени подходит для оценки классического течения климактерического синдрома. В клинической картине КС, помимо приливов, наблюдаются самые разнообразные нарушения. Поэтому многие врачи, чаще гинекологи-эндокринологи, пользуются так называемым менопаузальным индексом Купермана, где каждый симптом оценивается по степени выраженности от 0 до 3 баллов, а затем суммируется. Но при этом обменно-эндокринные и психические расстройства учитывают в целом, не дифференцируя по симптомам, и оценивают лишь по степени выраженности. Однако бывает необходимо подойти к квалификации состояния женщины более дифференцированно, особенно при атипичном течении климактерия, т.е. с сопутствующими соматическими и психическими заболеваниями.

По нашим данным, среди обследованных больных у 44,4% была тяжелая форма КС, у 33,3% — средней тяжести, у 22,3% — легкая форма. Необходимо отметить, что отношение к приливам часто зависело не от их тяжести и частоты, а от преморбидных особенностей личности. Так, женщины с астеническими чертами характера стеснялись приливов, боялись,

что покраснение лица заметят окружающие, особенно на работе и в транспорте, избегали общения с друзьями, т.е. всячески ограничивали свои контакты. А демонстративные личности преувеличивали тяжесть болезни, демонстрировали свое плохое самочувствие, требовали включить вентилятор или открыть форточку, когда им «плохо». Их прилив мог сопровождаться пошатыванием, состоянием типа обморока, заиканием. Одна из таких больных даже носила с собой маленький вентилятор и включала его на приеме у врача, в гостях и т.д. Каждый прилив для таких больных «подобен смерти». Тревожно-мнительные и ригидные личности быстро фиксировались на приливах, с чувством тревоги и страха ожидали их, засекая время на часах. В этих случаях в патогенез болезни включается механизм, аналогичный таковому при фобическом неврозе: прилив сам по себе сопровождается тревогой и страхом, а затем тревожное ожидание и страх предшествуют приливу. Так, больная говорит врачу: «Вот сейчас, через 10 минут, будет прилив», — и он действительно возникает. Если же увлечь пациентку интересной беседой, то она может «забыть» о приливе, и его не будет.

По данным обследования, вегетативно-сосудистые расстройства наблюдались у 84,6%, из них приливы были практически у всех женщин, однако 69,2% из них жаловались преимущественно на приливы (типичная форма КС), а остальные 15,4% — на «кризы», «приступы» с повышением артериального давления, сердцебиением, удушьем, дрожью в теле и другими нарушениями (атипичная форма КС).

Помимо вазомоторных симптомов нередко возникают явления гиперестезии, т.е. повышения чувствительности к различным внешним раздражителям: яркому свету, шуму и громким звукам, холоду, боли. Довольно часто женщин беспокоят зуд в различных частях тела (в области половых органов, бедер, ануса, на коже лица), жжение и жар в позвоночнике, жжение в языке или глазах. У некоторых больных, как правило перенесших в прошлом черепно-мозговую травму, выявляются сенестопатические расстройства: «вибрация в голове и теле», «шевеление и гудение в голове», «червячки в голове», различные тягостные ощущения в теле и позвоночнике, не поддающиеся четкому описанию.

Из обменно-эндокринных нарушений наиболее частым признаком климактерия является прибавка в весе. Это в той или иной степени отмечается примерно у 50% женщин. Сильное же ожирение (III степени) выявляется довольно редко (по нашим данным — 3,8%). Обычно женщины начинают набирать вес после менопаузы. Другие нарушения эндокринной системы, такие, как изменения функции щитовидной железы (гипертиреоз или гипотиреоз), дисгормональная гиперплазия молочных желез (мастопатия), развиваются в пременопаузе. Жалобы на сухость влагалища, снижение полового влечения возникают, как правило, после прекращения менструаций, как и расстройства мочевыделительной системы (уретральный синдром), остеопороз и атеросклероз.

Психические нарушения обычно появляются одновременно с соматовегетативными

проявлениями или спустя некоторое время. У женщин с ранним наступлением климактерия сначала могут наблюдаться неврозоподобные проявления (раздражительность, обидчивость, плаксивость, тревожные опасения), а затем к ним присоединяются приливы и другие вазомоторные симптомы.

По данным современных зарубежных исследователей, лишь «малые психологические расстройства» в определенной степени связаны с климактерием. Психологические симптомы включают: уменьшение энергии и потребностей, затруднения в концентрации внимания, раздражительность, «нервозность», напряженность, агрессивность, изменения памяти, депрессию, интраверсию, чувство внутренней фрустрации, обострение непереносимости одиночества, супружеские конфликты, антисоциальный поведенческий стереотип, а также тревогу, головные боли и нарушения сна. Все эти симптомы неспецифичны и оцениваются как вторичные по отношению к приливам и потливости. Другими словами, они относятся к эстрогензависимым нарушениям. Эта концепция получила название «домино-теории» (П. А. Ван Кип, 1983).

По нашему мнению, помимо вышеперечисленных психологических симптомов, непосредственно связанных с дефицитом эстрогенов и приливами, в группу климактерических психических нарушений можно отнести и другие явления: страхи, фиксацию на своем состоянии, плаксивость и приступы рыданий, которые тоже возникают в связи с климактерием, но находятся не в непосредственной связи с приливами, а зависят от других его

соматических проявлений и воздействия сопутствующих внешних факторов.

Помимо этого, в период климактерия на фоне снижения адаптационных возможностей организма могут обостряться или манифестировать другие психические заболевания. Особенно трудно дифференцировать с сугубо климактерическими расстройствами такие психические болезни, как неврозы, депрессии, в том числе депрессивную фазу маниакально-депрессивного психоза, инволюционные психозы (см. гл. 5).

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Психические нарушения, возникающие у женщин в период климактерия, неспецифичны. Их характер и выраженность определяются различными внешними и внутренними факторами. Прежде всего, это наследственная предрасположенность к тем или иным заболеваниям и реакциям, как психическим, так и соматическим. Далее: психические нарушения зависят от характера человека, его личностных особенностей, так как личность того или иного типа реагирует на жизненные трудности по-своему. И, естественно, на возникновение и дальнейшее течение болезни влияют различные внешние факторы: социальные, культуральные, психогенные, о чем уже говорилось выше. Возникшие симптомы болезни не статичны, они подвергаются определенному развитию, динамике. При этом болезнь может

нарастать — клиническая картина ее усложняется, симптомы болезни утяжеляются, — а может и подвергнуться обратному развитию. Это также зависит от разных причин и прежде всего от своевременно начатого и правильного лечения.

При изучении клинических особенностей и течения психических нарушений у женщин с климактерическим синдромом мы выделили определенные психопатологические синдромы и проследили их динамику на протяжении болезни. На начальном этапе заболевания были выделены следующие состояния: истерические — 34,6%, астенические — 23,1%, депрессивные — 25,6%, фобические — 10,3%, паранойяльные — 6,4%.

Жалобы астенического характера присутствовали у большинства больных, особенно при тяжелом течении КС с частыми и выраженными приливами, симпатоадреналовыми кризами, сопутствующими соматическими заболеваниями. Поэтому при осмотре таких больных состояние часто оценивается как астенодепрессивный синдром, истероневротические реакции или астенический синдром с фобическими включениями и т.д. Выделение того или иного синдрома проводится по ведущим симптомам, составляющим его ядро и являющимся наиболее тягостными для больных.

Астенический синдром представлен слабостью, повышенной утомляемостью, раздражительностью, плаксивостью, повышенной возбудимостью, нарушением засыпания и частыми пробуждениями (вследствие ночных приливов), головными болями, снижением актив-

ности и работоспособности, общего тонуса, снижением концентрации внимания, забывчивостью. Характерно следующее наблюдение.

Больная К., 43 года, проживает в Москве, работает в средней школе преподавателем английского языка.

Из анамнеза. Наследственность: отец умер в возрасте 52 лет от опухоли горла. Мать, 68 лет, страдает ишемической болезнью сердца. Менопауза у матери — в 50 лет, был выраженный климактерический синдром, в течение 10 лет отмечались приливы.

Родилась в Ростове-на-Дону, росла здоровым ребенком. Окончила среднюю школу, затем педагогический институт. После института вышла замуж, переехала в Москву. От брака двое детей. Семейная жизнь сложилась неудачно. Муж злоупотребляет алкоголем, лечился от алкоголизма.

По характеру всегда была тревожной, впечатлительной, довольно скрытной, «все переживала в себе».

Перенесенные заболевания: коклюш, корь, грипп.

Менструации с 16 лет, установились сразу, по 5—6 дней, через 25—26 дней, безболезненные, обильные. Цикл был регулярным до 40 лет, затем менструации стали более продолжительными — до 9—11 дней (менометроррагии) и нерегулярными. Половая жизнь с 27 лет, нерегулярная в связи с импотенцией мужа. У больной «нормальное» половое влечение, иногда испытывает

оргазм. Свои потребности в интимной жизни удовлетворить не в состоянии («из-за характера»). Беременностей 3, один искусственный аборт, без осложнений, родов 2, первые преждевременные, ребенок родился семимесячным, вторые — в срок, без осложнений. Гинекологические заболевания: эрозия шейки матки. В последние годы — мастопатия. С 35 лет (после вторых родов) стала замечать перед менструацией боли в молочных железах, их набухание; в эти дни становится раздражительной, обидчивой, кричит «по пустякам» на мужа и детей. Такое состояние обычно продолжалось 2—3 дня и исчезало с началом менструации. С 40 лет перед менструацией стала появляться потливость, а затем приливы. Усилились раздражительность, плаксивость; жалуется на внутреннюю дрожь, тревогу. Обратилась к гинекологу, так как менструации стали нерегулярными. Был назначен парлодел и нортестостерон по схеме. Принимала эти препараты в течение года, цикл нормализовался, а ПС стал еще более выраженным. Приливы усилились и участились до 10 в сутки. Появилась потливость в покое. Настроение и работоспособность перед месячными снижались, а с их наступлением восстанавливались. Как только прекратила принимать гормоны, цикл снова стал нерегулярным. Последний год — задержки менструаций по 2—3 месяца. Приливы участились до 10 в день и 5 — ночью. Прилив сопровождается резким покраснением кожи, сердцебиением, удушьем, в конце

прилива — обильное потоотделение. Особенно плохо себя чувствует в дни ожидаемых месячных. Гинекологом была направлена к психиатру в связи с временной и недостаточной эффективностью гормональной терапии и выраженностью психических нарушений.

Психический статус. При поступлении больная предъявляет жалобы на частые приливы (до 15 в сутки), сопровождающиеся сердцебиением, чувством нехватки воздуха, сильной потливостью. Из-за приливов ночной сон поверхностный, с частыми пробуждениями. Больная раздражительна, вспыльчива, плаксива. Хуже чувствует себя к вечеру: появляются слабость, вялость, быстрая утомляемость. В вечерние часы обычно ничего не делает, не может даже читать. Отмечаются циклические колебания состояния: за 3 дня до менструации (или предполагаемых месячных) ухудшается состояние с утяжелением всех симптомов. Боится, что такое состояние будет продолжаться, как у матери, многие годы.

Лечение: ноотропил, инказан, радедорм (на ночь), с увеличением дозировок в предменструальные дни. Состояние больной заметно улучшилось. Приливы стали редкими и менее выраженными, повысились настроение, активность, наладился сон, больная стала более оптимистичной в отношении будущего. Выписана на работу. Рекомендовано принимать препараты только в предменструальном периоде (4—5 дней).

В данном случае у больной довольно рано наступил климактерий. Пременопауза началась в 40 лет. По всей видимости, это было связано с постоянной психотравмирующей ситуацией в семье, так как других причин практически нет. При генеалогическом исследовании был выявлен КС у матери, длительно протекавший до менопаузы, которая установилась в 50 лет. У нашей больной первые симптомы КС появились в рамках предменструального синдрома (потливость, а потом и приливы), постепенно усиливались и невротические проявления (как заострение преморбидных черт, так и появившаяся астеническая симптоматика). Назначенная гормональная терапия была эффективна в плане установления регулярного менструального цикла. Однако с ее отменой менструации стали еще более нерегулярными, что привело к развитию КС.

При наличии в статусе больных чувства внутреннего дискомфорта, тревоги, субъективно ощущаемой как «внутренний трепет», «дребезжание», «дрожь», состояние квалифицируется как фобическое. При учащении и усилении приливов жара, присоединении вегетативно-сосудистых кризов фобические реакции усиливаются, появляются разнообразные страхи: «вдруг будет плохо», страх умереть от внезапной остановки сердца, от инфаркта (кардиофобический синдром), страх заболеть раком (канцерофобия) и т.д. Это приводит к формированию ограничительного поведения (больные избегают выходить на улицу, пользоваться определенными видами транспорта, особенно метро).

Приведем следующее наблюдение.

Больная Н., 51 год, проживает в Москве, образование среднее специальное, работает начальником цеха в ателье.

Из анамнеза. Наследственность: отец умер в 67 лет от рака легких; мать, 84 года, жива. У матери менопауза в 55 лет, был выражен КС с приливами и повышением артериального давления (АД). У родной сестры ранний климакс (менопауза в 42 года), также с выраженным КС.

На работе взаимоотношения хорошие. Живет с мужем и сыном в двухкомнатной квартире со смежными комнатами. Больная с мужем располагаются в проходной комнате. Из-за таких бытовых условий у мужа развилась половая слабость, в связи с чем больная страдает. По характеру всегда была довольно общительной, активной, добросовестной, ответственной, тревожно-мнительной. Перенесенные заболевания: в 42 года — мастэктомия по поводу фиброаденомы молочной железы. Менструации с 12 лет, установились сразу, по 4—5 дней, через 21 день. Цикл был регулярным до 50 лет. В течение последнего года — нерегулярный (через 2—3 месяца). Беременность 1, закончилась срочными родами (в 29 лет).

С 40 лет начал развиваться предменструальный синдром: отмечались набухание молочных желез, боль в груди, задержка жидкости, раздражительность, вспыльчивость, обидчивость. В последние 2 года стало повышаться АД, перед месячными до значительных цифр — 180—190/100—110 мм рт. ст. Кризы участились, когда нару-

шился цикл, и стали возникать в дни ожидаемых месячных. В эти же дни стали появляться и приливы жара к голове с резким покраснением кожи лица и обильным потоотделением. Повышение АД обычно сопровождалось сердцебиением, дрожью в теле («всю трясет»), нехваткой воздуха и мочеиспусканием в конце приступа. Один из таких приступов начался у больной во время мытья под душем и сопровождался сильным страхом смерти. Вызывали «скорую помощь». Заметила при этом, что «стало плохо» в 12 ч дня. Следующий такой приступ развился ночью. Проснулась в 3 ч ночи «от прилива», затем начался озноб, поднялось АД, усилилось сердцебиение, появились жжение в сердце, удушье и страх смерти от остановки сердца или инфаркта миокарда. Врачи «скорой помощи» быстро купировали приступ, однако страх у больной зафиксировался. Стала ожидать приступа в 12 ч дня и в 3 ч ночи. Боялась принимать ванну и душ. Как только собиралась это делать, появлялись напряжение в теле, затем дрожь, страх и позыв на мочеиспускание. Приступы «дрожи» и «тряски», как она их называла, стали повторяться почти каждый день, в 12 ч дня и 3 ч ночи. По совету родственников обратилась к невропатологу и была направлена в 12-ю психоневрологическую больницу. Проводили лечение малыми дозами транквилизаторов, электросном, аутотренингом. Через месяц состояние улучшилось, больную выписали на работу. Была еще одна менструация, а затем месячные прекрати-

лись. Усилились приливы (до 10 в сутки), вновь появились кризы, сопровождающиеся сильным страхом. Перестала ездить в транспорте, особенно в метро, так как в духоте чувствовала себя хуже. Не выходила из дому без сопровождения. Участковым терапевтом была направлена в клинику терапии 1-го ММИ им. И. М. Сеченова (в связи с частыми гипертоническими кризами). В клинике при обследовании были выявлены фобические нарушения. Гинеколог при осмотре диагностировал менопаузу (3 месяца) и климактерический синдром. В связи с выраженными психическими расстройствами, не поддающимися лечению у терапевта, больная была направлена на консультацию в клинику психиатрии.

Как видно из истории болезни, у тревожно-мнительной личности с отягощенной климактерическими нарушениями наследственностью сначала в рамках КС, а затем и в пременопаузе стало повышаться артериальное давление, появились приливы. Подъёмы АД происходили в виде кризов с гипоталамическими проявлениями. Страх, сопровождавший приступы, зафиксировался и в дальнейшем стал ведущим в клинической картине. Тревожное ожидание приступов подчас провоцировало сам приступ, а последний в еще большей степени усиливал страх перед этими состояниями. Нарастание тревоги и страха привело к формированию ограничительного поведения, в связи с чем больная утратила трудоспособность и была госпитализирована.

Депрессивные нарушения характеризовались сниженным, безрадостным настроением с плаксивостью, понижением интереса к собственной личности и окружающему (в том числе к сексуальной жизни при сохранном половом влечении, в отличие от больных с эндогенной депрессией, у которых первично снижается половое влечение). Практически депрессия выражалась дистимическими расстройствами с пессимистическим взглядом на жизнь, ощущением возрастных изменений, «постарения», страхом перед надвигающейся старостью, тревожными опасениями за свое здоровье, снижением активности и социальной адаптации. Депрессивная симптоматика сочеталась либо с астеническими жалобами (астенодепрессивный синдром), либо с тревожными включениями (тревожно-депрессивный синдром). Однако эти расстройства не достигали психотического уровня, как при инволюционной меланхолии. Они сопровождали соматовегетативные проявления КС и в большинстве случаев зависели от их тяжести и продолжительности. Подтверждением сказанному является следующее наблюдение.

Больная В., 53 года, проживает в Магаданской области, замужем, по профессии бухгалтер.

Из анамнеза. Наследственность: отец умер от рака легких в 72-летнем возрасте. Мать, 74 года, жива, страдает гипертонической болезнью и ишемической болезнью сердца, перенесла инфаркт миокарда.

Больная родилась в срок, развивалась правильно. В детстве перенесла корь, кок-

люш. Окончила 8 классов, техникум. Работает по профессии. По характеру общительная, сдержанная, уверенная в себе, хорошо адаптируется в коллективе, добросовестна в работе.

Менструации с 14 лет, установились сразу, умеренные, безболезненные, по 5 дней, через 30 дней. Половая жизнь с 20 лет, в браке, регулярная. Беременностей 5, родов 3 (первые и вторые роды без осложнений, во время третьих родов — ручное отделение плаценты с большой кровопотерей, ребенок умер). Абортов 2, один из них самопроизвольный. Во время беременностей был токсикоз первой половины с тошнотой, рвотой, отвращением к мясной пище и селедке.

С июня 1986 г. (46 лет) отмечались задержки месячных до 3 месяцев. При первой задержке предположительно был поставлен диагноз «беременность». Испугалась, что придется делать аборт, испытывала тревогу.

С февраля 1987 г. стала беспокоить сильная потливость, появились приступы, в клинической картине которых отмечались повышение АД до 190/100 мм рт. ст., сердцебиение, подташнивание, ощущение онемения и покалывания в пальцах, на тыльной поверхности кистей, на локтевой стороне предплечий, передней поверхности голеней, головные боли в висках, затруднение дыхания (ощущение нехватки воздуха). Приступ сопровождался сильной тревогой, наблюдался 1 раз в 2 месяца, купировался реланиумом. В последующем, примерно с

июля 1988 г., приступы участились, в их картине появились тошнота и рвота, в конце приступа — обильное мочеиспускание. Одновременно возникло отвращение к еде, особенно к мясной пище. В связи с этим за полмесяца потеряла в весе 8 кг. Была госпитализирована в районную больницу, затем в неврологическое отделение областной больницы. Лечение оказалось малоэффективным. В апреле 1989 г. была консультирована в поликлинике больницы им. С. П. Боткина в Москве, в НИИ психиатрии МЗ РСФСР. По рекомендации врачей около двух месяцев принимала сонапакс, с положительным эффектом.

С осени 1989 г. приступы снова участились, до двух в месяц. Больная обратилась за консультацией в клинику нервных болезней 1-го ММИ им. И. М. Сеченова, откуда была направлена в клинику психиатрии и госпитализирована. С 23 по 29 сентября, в дни ожидавшихся месячных, испытывала тошноту, 25 сентября развился приступ с характерной клинической картиной. Купировался с помощью инъекции реланиума. В клинике была осмотрена гинекологом. Заключение: климактерическая дисфункция яичников. Обследована терапевтом, диагноз: «вегетативно-сосудистая дистония с пароксизмами преимущественно симпатоадреналовой направленности».

Психический статус при поступлении характеризовался, кроме вышеописанных приступов, сниженным настроением, внутренним дискомфортом, тревожными опасениями в связи с возможностью развития

приступа. Больная истощена (вес тела 42,5 кг при росте 156 см), астенизирована, плаксива, не может взять себя в руки и не плакать.

Лечение: этаперазин — по 2,5 мг утром и вечером, френолон — по 2,5 мг 3 раза в день, амитриптилин — по 12,5 мг 3 раза в день, финлепсин — по 0,1 г утром и вечером, грандаксин — по 50 мг утром и днем, радедорм — 5 мг на ночь, ноотропил — по 0,4 г утром и днем; электросон.

В результате лечения улучшилось настроение, исчез внутренний дискомфорт, появился аппетит, наладился сон. Прибавила в весе 12 кг. За время пребывания в клинике развернутых приступов не было. В период ожидаемых месячных наблюдались легкое подташнивание, ощущение покалывания в конечностях. Впервые в клинике на фоне аменореи начались приливы и ночная потливость, однако на фоне терапии больная не тяготилась ими. Выписана 29 декабря 1989 г. под наблюдение невропатолога на поддерживающее лечение теми же препаратами.

Катамнез. После выписки из клиники чувствовала себя удовлетворительно. Строго по схеме принимала поддерживающее лечение. Продолжала работать. «Не брала ни одного больничного листка». Вегетативно-сосудистые кризы не повторялись, в домашних условиях прибавила еще 10 кг (с 52 при выписке до 62 кг). На легкие приливы (1—2 раза в день) не обращала внимания. Приливы длились по нескольку секунд, с легкой потливостью. Примерно в

марте приливы усилились, стали возникать до 5 раз в день, появилась выраженная потливость. Приходилось менять ночное белье. В апреле начала готовиться к переезду в Воронеж, занималась оргвопросами — заказывала контейнеры и проч., много нервничала. На фоне этих событий ухудшился сон, появилась тревога в ночное время, когда просыпалась «как от толчка». Приехав в Воронеж, активно помогала дочери ухаживать за новорожденным. Близкие заметили, что она «какая-то невеселая». Через некоторое время больная сама стала отмечать, что у нее снизились интерес к окружающему, жизненный тонус. По утрам не хотелось вставать, приходилось делать над собой усилие. Преобладал безрадостный фон настроения. Несколько раз делала попытки отменить принимаемые препараты, однако из-за усиления приливов жара приходилось возвращаться к прежней схеме. По своей инициативе приехала в клинику и 4 сентября 1990 г. была госпитализирована.

Психический статус. Наиболее тягостными проявлениями нездоровья считает приливы жара и особенно — неприятную ночную потливость, которая вынуждает 2—3 раза за ночь менять сорочку. Ночью спит с пробуждениями: просыпается «как от толчка», испытывает тревогу. По утрам нет чувства отдыха, свежести. Делает над собой усилие, чтобы встать с постели. После пробуждения испытывает подташнивание, которое затем проходит. Сравнивает это ощущение с тем, которое было при токсикозе

во время беременности. Снижен интерес к окружающему, отсутствует инициатива. Фон настроения оценивает как безрадостный. При рассказе о своем состоянии расстраивается, на глазах выступают слезы. При переключении внимания успокаивается, улыбкой реагирует на шутку. При расспросе отмечает забывчивость, хотя во время беседы не удается заметить затруднений в воспроизведении событий. Во время беседы развился прилив (потливость, порозовение лица и шеи, учащение пульса до 92 ударов в минуту) длительностью 1,5—2 мин.

Консультация гинеколога: менопауза 1 год.

Лечение: мелипрамин — 75 мг в сутки, амитриптилин — по 6,25 мг 3 раза в день, френолон — по 2,5 мг утром и днем, грандаксин по 50 мг утром и днем, этаперазин — по 2 мг утром и вечером, тизерцин — 12,5 мг на ночь, диазолин — 1 драже на ночь. Электросон. На фоне лечения состояние улучшилось: выровнялся фон настроения, стали реже (до 2 в день) и менее выраженными приливы, значительно уменьшилась ночная потливость. Прошли тревога и тошнота по утрам. Улучшился аппетит. Больная активизировалась. Время проводит в кругу больных, читает, вяжет.

Выписалась с поддерживающими дозами препаратов: амитриптилин — по 6,25 мг 3 раза в день, мелипрамин — по 12,5 мг 2 раза в день, френолон — по 2,5 мг 2 раза в день, грандаксин — по 50 мг утром и днем, этаперазин — по 4 мг утром и на ночь.

Анализируя описанный случай, необходи-

мо отметить, что у больной в пременопаузе сначала возникли симпатоадреналовые кризы, сопровождавшиеся тревогой. Структура этих приступов включала тошноту и рвоту, а между приступами — отвращение к пище, особенно мясной. Вследствие последних симптомов больная резко похудела, астенизировалась. Параллельно с нарастанием вегетативно-сосудистых расстройств и нарушением влечений (в частности пищевого) ухудшилось и психическое состояние: снизилось настроение, появились тревожные опасения за свое здоровье, нарушился сон. Наиболее выраженной симптоматика была в дни предполагаемых месячных, т.е. сохранялась определенная цикличность климактерических проявлений. С наступлением менопаузы клиническую картину дополнили приливы и ночная потливость. На фоне проводимой психотропной терапии они были малозаметны, в дальнейшем же стали доминирующими в структуре КС наряду с нарастающими депрессивными нарушениями. Этот симптомокомплекс, представляющий собой сочетание соматических проявлений, изменения настроения, влечений, физической и психической активности, соответствует так называемому психоэндокринному синдрому М. Блейлера (1954). Применение различных психотропных препаратов (антидепрессантов, нейролептиков, ноотропов) в сочетании с физиотерапией (электросон) оказалось эффективным в отношении вегетативно-сосудистых проявлений и психических нарушений.

Истерические расстройства обследуемых в основном были представлены полиморфной конверсионной симптоматикой: ощущением

«кома» в горле, затруднением глотания, приступами удушья, иногда имитирующими приступы бронхиальной астмы. Больные часто испытывали непонимание со стороны близких, что способствовало усилению демонстрации их «тяжелого» состояния. При наличии в преморбиде демонстративных черт характера истерическая симптоматика приобретала более гротескный характер: «истерики», припадки с судорогами, астазия-абазия и т.д. При этом собственно климактерические расстройства как бы отходили на второй план, уступая место разнообразным конверсионным и патохарактерологическим проявлениям. Дополнительное воздействие психогенных факторов, иногда даже незначительных, способствовало декомпенсации состояния и уходу в болезнь. Кроме того, истерические расстройства чаще наблюдались у женщин с сексуальными проблемами, имевшими место до наступления климактерия и еще более актуализировавшимися с его началом. Сексуальные нарушения заключались в аноргазмии при сохранном или повышенном половом влечении, которая была обусловлена самыми различными причинами (дизгамией, неправильным половым воспитанием, сексуальной безграмотностью супругов или импотенцией мужа). Истерические реакции возникали уже на раннем этапе климактерических расстройств, задолго до наступления менопаузы.

Характерно следующее наблюдение.

Больная С., 44 года, проживает в Московской области, работает машинисткой.

Из анамнеза. Наследственность: бабуш-

ка, дедушка, а также 3 сестры (в возрасте 28, 46 и 48 лет соответственно) умерли от инсульта. Отец злоупотреблял алкоголем, в 70-летнем возрасте высказывал идеи ревности.

Мать родила ее в 43 года, отцу в то время было 50 лет. В детстве болела мало, но перенесла 2 травмы головы с легкими сотрясениями головного мозга. После окончания средней школы получила специальность машинистки. По характеру общительна, в школе занималась спортом, общественной работой. В детстве была робкой, легко краснела, с годами стала более впечатлительной, обидчивой, мнительной. Замужем побывала дважды. Первый брак в 20 лет, от брака дочь 22 лет. Муж злоупотреблял алкоголем, через 3 года разошлись. В 27 лет вышла замуж за военнослужащего, родила сына. Однако взаимоотношения не сложились и со вторым мужем. Он был склонен к изменам, мало уделял внимания жене и детям, не помогал по хозяйству. Последние годы не работает (ушел в отставку), все свободное время проводит на рыбалке. Интимные отношения были редкими, в течение последних 2 лет половой жизнью не живут.

Менструации с 14 лет, установились сразу, по 3 дня, через 26 дней, до замужества болезненные. Последние 4 года менструации нерегулярные, обильные, длительные (до 2 недель). При обследовании гинекологом обнаружена миома матки (6—8 недель). Беременностей 14, абортов 12, родов 2. Во время первых родов было

предлежание плаценты. После вторых родов муж совершенно не помогал ухаживать за ребенком. Отмечались сильная слабость, утомляемость, головокружения, онемение кончиков пальцев. Менструальный цикл нарущился в 40 лет после смерти третьей сестры. (После смерти второй сестры была сильная слабость, «бессилие», онемение рук, низкое АД. Лечение не проводилось.) В это же время появились слабость в ногах, похолодание стоп, сердцебиение, при ходьбе — удушье (чувство нехватки воздуха). По ночам просыпалась от пульсации сосудов, жаловалась мужу на плохое состояние, а он «не обращал внимания». Стала раздражительной, часто плакала, боялась умереть от инсульта (объективно была гипотония). В связи с маточными кровотечениями обращалась к гинекологу, наблюдалась по поводу миомы матки.

Состояние ухудшилось в последние 2 года, что сама больная связывала с плохими взаимоотношениями с мужем. Стали беспокоить головная боль слева, слабость в правой половине тела («как бывает при инсульте»), онемение и похолодание конечностей. Появились задержки месячных (до 1—2 месяцев). Стало повышаться АД до 140/80 мм рт. ст., что расценивала при гипотонии как «грозный симптом». Появились потливость, легкие приливы с покраснением кожи лица и шеи, головокружения, утомляемость, слабость, плаксивость. Неоднократно вызывала «скорую помощь», но врачи обычно вводили седуксен или реланиум и уезжали, отвергая ее диагноз —

«инсульт». Из-за плохого самочувствия не могла работать, сотрудники «заметили» это (работала в больнице, но врачам жалоб не предъявляла, «пока сами не увидели»).

Была госпитализирована в терапевтическое отделение. Вначале подозревали болезнь Рейно. Однако при обследовании объективных данных, подтверждающих этот диагноз, получено не было. Больная была консультирована психиатром, который назначил нозепам, небольшие дозы мелипрамина в дополнение к проводимой терапии кавинтоном, витаминами, беллатаминалом, физиопроцедурами. Однако состояние больной ухудшалось, и она была направлена в клинику психиатрии.

Психический статус. Активно предъявляет большое количество жалоб. Считает, что ее тяжелое состояние обусловлено наступающим климаксом и семейными проблемами. Просит врачей наладить ее взаимоотношения с мужем. Однако муж не явился ни к ней, ни к врачу, несмотря на ее настойчивые просьбы. В отделении вела себя достаточно активно, следила за своей внешностью, пользовалась свободным выходом в город, при этом считая, что состояние не улучшается. Во время лечебного отпуска поехала домой, упрекала мужа в том, что он довел ее до психиатрической больницы и ни разу не навестил. Муж ей ответил, что она совершенно здорова и делать ей в больнице нечего. После этого объяснения с мужем состояние больной ухудшилось, возобновилась вся прежняя симптоматика.

При объективном обследовании в клинике был выявлен эутиреоидный зоб II степени. Невропатолог диагностировал мигрень по типу гемикрании, гинеколог — климактерическую дисфункцию яичников; миому матки.

Лечение: пиразидол — 150 мг в день, тазепам — 30 мг в день, витамины, электросон, психотерапия. В результате массивной разъяснительной психотерапии на фоне медикаментозного лечения состояние больной заметно улучшилось, и она была выписана на амбулаторное наблюдение.

В данном случае у больной сложилась неблагоприятная ситуация в семье (основная причина ее истерических реакций) в дополнение к многочисленным психическим травмам на протяжении жизни. Однако, хотя больная и давала реакции в прошлом (после вторых родов, смерти второй сестры), они были непродолжительны и не требовали врачебного вмешательства. Ухудшение состояния началось психогенно, после смерти третьей сестры от инсульта. Нарушился менструальный цикл и одновременно появились вегетативные нарушения с фобическими (страх инсульта) и истерическими реакциями. В последние годы состояние усложнялось параллельно с нарастанием климактерической дисфункции. Присоединились приливы, потливость, стало повышаться АД, наблюдалась мигрень; хотя все эти симптомы были слабо выражены, больная бурно реагировала на них, чему способствовала, видимо, напряженная обстановка в семье.

Так как со стороны мужа объективных

данных получено не было, вполне вероятно, что к разрыву их взаимоотношений привели бесконечные претензии к нему больной (ревность, неудовлетворенность интимной жизнью, требование щадящего режима и помощи дома в связи с ее «тяжелой болезнью»). К развитию истерической симптоматики предрасполагали и преморбидные особенности личности, наличие демонстративности, впечатлительности, обидчивости и крайней мнительности.

Среди обследованных особую группу, хотя и немногочисленную, составили больные со сверхценными и бредовыми идеями, возникшими в период пременопаузы и после наступления менопаузы у личностей, склонных к сверхценным образованиям в преморбиде. У большинства больных отмечались идеи ревности, реже встречались идеи отношения, связанные с конфликтной ситуацией на работе (в связи с сокращением кадров).

У таких женщин с наступлением климактерия наблюдалось заострение характерологических черт: усиление аффективной ригидности, застреваемости на определенных ситуациях (например, связанных с сексуальными взаимоотношениями с мужем), подозрительности, обидчивости, конфликтности. У этих больных вегетативно-сосудистые проявления КС были выражены слабо, они не акцентировали на них внимания как на менее значимых по сравнению с психологическими проблемами. Менопауза наступила в 51—53 года, практически без пременопаузы. При этом у одной больной месячные прекратились после диагностического выскабливания по поводу маточного кровотечения, развившегося после

конфликта на работе. У другой менопауза наступила после черепно-мозговой травмы (муж ударил кастетом по голове); вскоре начались приливы, потливость, сопровождаемые повышенной раздражительностью, возбудимостью, агрессивностью, усилением идей ревности, отмечавшихся еще до менопаузы в течение 3 лет.

Идеи ревности развивались поначалу на объективной основе (измена мужа), а в дальнейшем либо так и оставались сверхценными, либо перерастали в кратковременный острый бредовый эпизод, спровоцированный дополнительными психогенными причинами. Приведем одно из наблюдений.

Больная Т., 43 года, проживает в Тульской области, образование высшее, работает инженером.

Из анамнеза. Наследственность: отец умер в 66 лет от инсульта. Мать, 64 года, страдает гипертонической болезнью, начавшейся в климаксе. Менопауза у матери в 42 года, сопровождалась тяжелым КС с приливами, подъемом АД, плаксивостью, нарушением сна.

Родилась доношенной, развивалась правильно. Окончила 8 классов, техникум, институт железнодорожного транспорта. На работе требовательная, добросовестная, осуществляет, по ее словам, контроль над всеми, кроме начальника. К особенностям характера относятся также принципиальность, педантичность, злопамятность, властность, стремление к лидерству в семье и на работе, трудности в адаптации к новым

условиям. Замуж вышла в 19 лет. Муж военнослужащий. С мужем до последнего времени взаимоотношения были хорошими.

Перенесенные заболевания: корь в детстве, скарлатина в 25 лет, аппендэктомия в 16 лет, перелом двух поясничных позвонков в 36 лет, отмечаются аллергические реакции на новокаин, бисекурин (отек Квинке). Менструации с 15 лет, по 2—3 дня, через 29-30 дней, умеренные, безболезненные, регулярные до 1987 г., когда больной был 41 год. Половая жизнь с 19 лет, регулярная до настоящего заболевания. Беременностей 5, родов 2, абортов 3 (из них один выкидыш). Во время беременностей отмечался токсикоз первой половины с тошнотой, рвотой, отвращением к луку (возобновилось в период климактерия). Первые роды — в 22 года, затяжные, со стимуляцией, вторые — нормальные (в 29 лет). Двое сыновей, 15 и 22 года, здоровы.

С марта 1989 г. (с 42 лет) нарушился менструальный цикл, появились метроррагии в середине цикла, задержки менструаций до 2 недель. В августе 1989 г. в связи с длительным кровотечением была госпитализирована в отделение гинекологии. Лечилась бисекурином (максимальная доза — 6 таблеток с постепенным снижением дозы до 1 таблетки). Было проведено два диагностических выскабливания, кровотечение прекратилось, но менструации остались нерегулярными. Стало повышаться АД до 150/100 мм рт. ст. (до заболевания 90/60

мм рт. ст.). Во время пребывания в больнице заметила, что муж стал относиться к ней менее внимательно, старается побыстрее уйти, слишком много говорит о соседке по даче (впоследствии он признался врачу, что в тот период у него была связь с соседкой). Больная чувствовала себя покинутой, ревновала его, пыталась добиться признания в измене. После выписки из отделения услышала разговор свекрови и своего мужа на кухне, в котором та в шутку сказала сыну, что расскажет жене о его «романе». После этого у больной снизилось настроение, ухудшился аппетит, она стала терять в весе. Ошибочные звонки по телефону расценивала как доказательство продолжающихся отношений мужа с соседкой, требовала у него объяснений, отчета по часам. Муж пытался успокоить ее, говорил: «что было, то прошло», но она не могла простить измены. Звонила мужу на работу, узнавала, где он, потом сверяла «показания». Временами у нее возникали мысли «уйти из жизни», но продолжала жить «ради детей». В начале января 1990 г. в один из таких эпизодов написала «завещание», адресованное мужу и детям, положила его на холодильник (на видное место) и ушла из дома. Собиралась броситься под поезд, но так и не решилась. Муж нашел ее на соседней улице. После этого случая по его инициативе обратились к невропатологу, который направил больную в клинику.

Психический статус. Настроение снижено; ощущение внутреннего дискомфорта. С

врачом стенично и обстоятельно обсуждает одну и ту же тему — взаимоотношения с мужем. Будучи в клинике, постоянно звонила ему домой, на работу, проверяла, когда он является в то или иное место.

У больной были замечены редкие приливы, приступы сердцебиения и озноба, на которые она не обращала внимания, так как была поглощена мыслями о семейной ситуации.

Лечение: трифтазин (20 мг в день), галоперидол (3 мг в день), сибазон (15 мг в день); электросон.

Катамнез. Настроение выровнялось, идеи ревности частично дезактуализировались (но не исчезли совсем). Выписалась на работу. Дома продолжала принимать галоперидол (3 мг в день) и трифтазин (15 мг в день). На этих дозах оставалась невеселой, малоразговорчивой; был добавлен мелипрамин (по 25 мг утром и днем), снижены дозы нейролептиков — трифтазин по 2,5 мг утром и днем, галоперидол 1,5 мг на ночь. Настроение быстро нормализовалось, состояние стабилизировалось.

В данном случае идеи ревности возникли на фоне дисфункционального маточного кровотечения (как проявления начавшейся пременопаузы), были спровоцированы объективной ситуацией. Важную роль сыграли преморбидные особенности личности (преимущественно паранойяльные), а также, возможно, гормональная терапия бисекурином, способствовавшая снижению настроения, повыше-

нию подозрительности и аффективной ригидности.

Раннее наступление патологического климактерия обусловлено генетически (у матери менопауза в 42 года с тяжелым КС). Терапия нейролептиками с присоединением антидепрессантов на выходе из депрессивного состояния, а также разъяснительная и семейная психотерапия дали положительные результаты.

Описанные психопатологические синдромы обычно наблюдаются в первые годы климактерического периода. При длительном течении КС с нарастанием тяжести вегетативно-сосудистых и обменных нарушений, воздействии дополнительных психогенных и соматогенных факторов при наличии определенных характерологических особенностей (тревожной мнительности, ригидности, демонстративности и т.д.) к картине вышеописанных состояний присоединяется ипохондрическая симптоматика. Происходит формирование более сложных состояний с дальнейшей трансформацией в ипохондрическое развитие личности.

СЕКСУАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ЖЕНЩИН В ПЕРИОД КЛИМАКТЕРИЯ

Хотя главными симптомами климактерия считаются приливы и другие вазомоторные расстройства, сопровождающиеся психическими нарушениями, изменения сексуальной сферы оказывают не меньшее влияние на психическое состояние женщины.

Сексуальные расстройства могут быть след-

ствием как психогенных влияний и психосоциальной дезадаптации женщины, так и результатом нейрогормональной перестройки в организме. Сексуальные изменения находятся в определенной зависимости от фазы климактерия. По наблюдениям, примерно у 50% женщин до наступления менопаузы, в пременопаузе, отмечалось повышение полового влечения, у остальных существенных изменений либидо выявлено не было. Однако только 28,2% женщин вели регулярную половую жизнь и получали сексуальное удовлетворение. Другие женщины, несмотря на сохранное или повышенное половое влечение, либо страдали аноргазмией (не испытывали оргазма), имевшейся у них и до наступления климактерия, либо не имели возможности получать сексуальное удовлетворение из-за отсутствия партнера или импотенции супруга. Сочетание повышенного полового влечения и невозможности его реализации является основой для возникновения внутриличностного конфликта и последующей его трансформации в конверсионную истерическую симптоматику. Этим, возможно, и объясняется большой процент истерических симптомов у женщин в период пременопаузы.

В период постменопаузы сексуальные проблемы могут возникать в связи с развитием атрофического вагинита, обусловленного снижением уровня эстрогенов. Эстрогенная депривация, как показано известными сексопатологами У. Мастерсом и В. Джонсон, неблагоприятно сказывается на ряде физиологических функций, включая лубрикацию (смазку) влагалища, расширение его емкости, измене-

ние цвета половых губ и продолжительность оргазма. Например, влагалищная лубрикация после сексуальной стимуляции в 50—70 лет может развиваться через 5 мин по сравнению с 19—30 сек в 20—40 лет.

Дефицит эстрогенов является пусковым фактором в образовании порочного круга:

Заместительная терапия эстрогенами в таких случаях может наладить сексуальную жизнь женщины в постменопаузе посредством улучшения влагалищной лубрикации с последующим повышением получаемого удовольствия, оказывающего, в свою очередь, положительное действие на сексуальное влечение.

По мнению многих ученых — и сексопатологов, и психиатров, — нельзя связывать сексуальные нарушения у женщин в постменопаузе только с атрофией половых органов, тем более что атрофический вагинит, диспареуния (боль при сношениях), атрофия половых губ возникают далеко не у всех женщин в одинаковой степени. Результаты исследований

зарубежных ученых тоже неоднозначны и противоречивы. Так, по данным А. Кинзи, с возрастом частота половых сношений снижается от 3,58 (в среднем) в неделю у женщин 16—20 лет до 1,34 в неделю у женщин 56—60 лет. Однако исследования У. Мастерса и В. Джонсон, а также Г. Неймана и К. Николса свидетельствуют о том, что общая сексуальная активность, включая мастурбацию, до 75 лет значительно не снижается и частота половых сношений не может быть точным показателем сексуального состояния женщины. Большинство случаев уменьшения сексуальной активности обусловлено ослаблением сексуальной функции у партнера или отсутствием его. Так или иначе, многочисленные данные свидетельствуют о снижении с возрастом сексуального интереса и сексуальной функции в целом. Однако соотношение роли возраста и менопаузы в развитии этих изменений определить трудно.

Состояние сексуальной функции определяется, кроме всего прочего, чисто психологическими факторами, в частности отношением женщин к климактерию. В случаях пессимистической оценки менопаузы только с точки зрения потерь (старение, увядание, утрата красоты, женственности, сексуальной привлекательности) снижение или отсутствие полового удовлетворения воспринимается как неизбежный и закономерный факт, а психическое состояние при этом ухудшается. При взгляде на менопаузу как на средство избавления от менструальной функции и страха перед беременностью некоторые женщины стремятся к максимальному использованию этого периода

в целях получения сексуального удовлетворения. Они рассматривают половые контакты как жизненную необходимость — средство для восполнения гормонального дефицита. У таких женщин климактерический период протекает более гладко, без психических нарушений.

ГЛАВА 3

ХИРУРГИЧЕСКАЯ МЕНОПАУЗА (ИСКУССТВЕННЫЙ КЛИМАКТЕРИЙ)

Менопауза может наступить не только вследствие естественной и закономерной нейроэндокринной перестройки организма, но и в результате гинекологической операции удаления матки и яичников. Клиническая картина постоперационного периода зависит как от объема оперативного вмешательства, так и от возраста больной, в котором она оперирована. Всех женщин, перенесших гинекологическую операцию, можно разделить на две группы: первую составляют пациентки, которые перенесли экстирпацию матки с придатками (тотальную гистерэктомию) или операцию по удалению яичников (овариэктомию); во вторую входят женщины после гистерэктомии без удаления придатков или с незначительной их резекцией. Больные первой группы лишаются функции яичников (кастрация), и у них развивается посткастрационный синдром (ПКС). У больных второй группы функция яичников сохраняется, поэтому клиническая картина возникающих после операции нарушений принципиально отличается от таковой в первой группе.

Среди обследованных женщин операция по

удалению яичников или экстирпация матки с придатками проводилась в возрасте от 17 до 50 лет, причем у 1/3 больных оперативное вмешательство пришлось на возраст до 35 лет, у 72% — до 46 лет. Средний возраст проведения операции и соответственно наступления менопаузы равнялся 39,1±1,6 года, т.е. у большинства женщин этой группы менопауза наступила до времени естественного климактерия.

Операция по удалению матки без яичников проводилась в возрасте 37—52 лет, средний возраст больных 44±1,2 года, т.е. гистерэктомия у основной массы больных была сделана в период пременопаузы. Больные, которые подверглись операции после наступления менопаузы, не являлись объектом наших исследований, так как период климактерия для них был не актуален.

Операции по удалению матки и яичников проводились в основном в связи с такими гинекологическими заболеваниями, как аденоматоз и миома матки, эндометриоз, кисты и кистомы яичников, хроническое воспаление придатков, рак молочной железы, полип цервикального канала (полип шейки матки). При этом гистерэктомия в 80% случаев проводилась при наличии миомы матки, операция удаления или резекции яичников — в связи с их кистозным изменением (34,4%) и эндометриозом (28,1%). Обширной операции одновременного удаления матки и придатков подвергались женщины, у которых были обнаружены множественные миомы (аденомы) или миомы крупных размеров (40,6%), а также распространенный эндометриоз.

Сам факт операции для больных обеих групп являлся не только причиной развития определенного патологического состояния, но и представлял собой большой жизненный стресс, психическую травму, особенно для молодых женщин. Для оперированных в молодом возрасте операция явилась причиной бесплодия. Гинекологическая операция имеет для женщин особое значение, так как связана не только с потерей определенного органа, но и с утратой чисто женских функций: менструальной и детородной. Кроме того, многие женщины связывают с операцией на половых органах потерю сексуальности (или даже невозможности дальнейших половых отношений), женской привлекательности, молодости. В предоперационном периоде почти все больные испытывают тревожные опасения, связанные с предстоящей операцией и возможными последствиями, особенно такими, как прибавка в весе, старение, неполноценность. Наиболее остро это переживают молодые женщины. Однако зачастую ход их рассуждений определяется не знанием сущности предстоящей операции и ожидаемых реальных последствий, а случайными и отрывочными сведениями, полученными в разговорах с родственниками и знакомыми. К врачам с такими вопросами больные обычно обращаться стесняются, а если и затрагивают эту тему, то сами врачи в ряде случаев избегают обсуждения последствий предстоящей операции, особенно проблем будущих сексуальных отношений.

ПОСТКАСТРАЦИОННЫЙ СИНДРОМ

При естественном климактерии нейроэндокринная перестройка в организме происходит постепенно, и лишь в тех случаях, когда не срабатывают адаптационные механизмы, отмечается патологическое течение климактерия. В результате овариэктомии (кастрации) происходит одномоментное выключение яичников из нейроэндокринной системы, что представляет для организма гораздо больший стресс. Адаптационные процессы начинают формироваться лишь после операции. У одних (чаще у молодых) защитные механизмы более подвижны и быстрее отвечают соответствующей реакцией, у других все эти процессы протекают медленнее, особенно если им «вредят» дополнительные внешние факторы, например, психогенного характера.

Клинические проявления посткастрационного синдрома схожи с таковыми при КС. Буквально в течение первой недели после операции у большинства больных появляются приливы жара. Лишь у некоторых сначала возникает потливость, а через несколько недель присоединяются приливы. Приливы сопровождаются выраженной потливостью, обычно это «холодный пот» с ознобом; могут также сопровождаться сердцебиением, головокружением, чувством нехватки воздуха. Артериальное давление обычно повышается лишь у тех женщин, которые по возрасту приближаются к естественной менопаузе.

Тяжесть состояния определяется не только вазомоторными симптомами, но и обменными нарушениями. Примерно у 1/3 больных за

довольно короткий промежуток резко возрастает вес, иногда на 30 кг за 2 года. В связи с развитием остеопороза могут отмечаться боли в костях, позвоночнике.

У некоторых женщин нарушаются влечения, по типу их снижения (например, либидо) или извращения, т.е. качественного изменения. Состояние некоторых женщин напоминает токсикоз первой половины беременности в связи с появлением непреодолимого желания съесть что-то определенное (кислое, соленое, сладкое). При этом может возникнуть отвращение к другим продуктам (мясу, рыбе и т.д.). У одной из наших пациенток появилось непреодолимое влечение к спиртному, которое она пыталась вытеснить едой, однако не смогла.

Практически у всех больных с тяжелым течением ПКС (более 20 приливов в сутки) в той или иной степени выражены психические отклонения. Помимо этого, сам факт операции представляет собой психическую травму. Лишь часть женщин психологически готовы к операции и считают ее неизбежной и необходимой, особенно если врачи перед операцией провели разъяснительную психотерапию.

В практике нередки случаи, когда женщину готовят к одной операции (резекция яичника, удаление матки), а приходится, по тем или иным причинам, проводить более глобальное вмешательство. Узнав об истинном объеме операции *post factum*, не подготовленные к этому известию больные дают различные психогенные реакции: фобические (страх умереть от рака, страх рецидива опухоли), депрессивные с тревогой за свое будущее,

иногда с суицидальными мыслями. Эти реакции могут сохраняться достаточно долго, несмотря на проводимую врачами психотерапию. В некоторых случаях неумелая психотерапевтическая беседа при незнании особенностей личности пациентки не только не приносит успокоения, но и усугубляет психическое состояние. Так, одной женщине с тревожно-мнительным характером на вопрос о причинах расширения объема операции молодой хирург ответил, что это было необходимо из-за результата гистологического анализа имевшейся опухоли, который показал ее злокачественный характер. При этом добавил, что, возможно, есть уже метастазы, хотя они их не обнаружили. Предупредил: «На всякий случай готовьтесь к худшему». Возможно, хирург руководствовался принципом «пусть горькая, но правда». Однако сомнительная в данном случае правда могла оказать убийственное действие даже на человека с «железными» нервами. Больная же дала тяжелую депрессивную реакцию с суицидальными намерениями (чтобы не мучиться самой и не быть обузой для других).

После операции перед больными встает задача адаптации к повседневной жизни как в психологическом, так и в соматическом плане. Появившиеся приливы астенизируют их, причем астенические явления нарастают по мере утяжеления приливов и увеличения продолжительности заболевания. Поэтому выполнению привычных обязанностей дома и на работе препятствует объективное снижение функциональных возможностей. Кроме того, стремление сохранить в тайне факт удаления яичников и матки не позволяют поделиться с близ-

кими своими переживаниями, связанными с операцией, что вызывает у больных внутреннее напряжение, чувство непонятости, обиду.

Самая сложная ситуация обычно возникает при объяснении с мужьями, многие из которых, имея весьма смутное представление об анатомии и физиологии женской половой сферы, считают, что после операции их жены становятся менее женственными и неспособны выполнять супружеские обязанности. Подобные суждения наносят больным дополнительную травму, тем более что они и сами зачастую не в состоянии грамотно объяснить мужу сущность операции и ее возможные последствия, а также пути их преодоления.

В наших наблюдениях астеническая симптоматика в раннем послеоперационном периоде отмечалась практически у всех больных. В дальнейшем, особенно при тяжелых сомато-вегетативных нарушениях, астенические симптомы в клинике психопатологического синдрома становились ведущими: сильная слабость, усталость, быстрая утомляемость, «бессилие», нарастающие к вечеру. Наряду с этим — раздражительность, вспыльчивость, нарушения сна (частые пробуждения в связи с приливами), а также забывчивость, затруднения при выполнении работы. Астенический синдром наблюдался у 37,5% больных.

У некоторых больных (9,4%) возникали различные страхи, в основном канцерофобия. Появление таких симптомов, как сердцебиение, удушье, повышение АД до высоких цифр (особенно кризов, которые сами по себе сопровождаются страхом), способствовало возникновению боязни инсульта, кардиофобии.

Депрессивный синдром наблюдался у 40,6% больных. Дистимические нарушения, вначале психогенно обусловленные, с течением времени как бы эндогенизировались (особенно при проведении гормональной терапии) и определяли клиническую картину посткастрационного синдрома. Состояние больных приобретало депрессивную окраску: безрадостный фон настроения, плаксивость, снижение интереса к окружающему, пессимистическая оценка будущего, неверие в выздоровление. Характерны высказывания больных: «приливы уносят жизнь», «каждого прилива ожидаю, как смерти», «жизнь кончена», «это сплошная мука, а не жизнь».

При воздействии неблагоприятных внешних, социальных и психогенных факторов депрессивная симптоматика усиливалась, исчезал аппетит, нарушался сон, появлялась тревога, возрастала ипохондрическая фиксация на своем состоянии. После сильной психической травмы (смерть матери, мужа, сестры, большие неприятности у детей) в ряде случаев (18,8%) отмечалась невротическая депрессия. У одних больных она сопровождалась усилением приливов и присоединением дополнительных вазомоторных расстройств (колющие боли в области сердца, «клокотание в сердце», повышение АД, жжение и онемение кожи и т.п.). У других же депрессия достигала психотического уровня и носила эндореактивный характер. Подавленное настроение с заторможенностью, отвращением к пище, потерей ее вкуса, резкое снижение полового влечения, запоры, суицидальные мысли и тенденции — такова картина данного состояния. Характер-

на динамика приливов: сначала они становились реже, а на период глубокой депрессии исчезали совсем, что свидетельствовало о тяжести аффективных нарушений. При выходе из депрессии приливы появлялись вновь. Такая же динамика приливов наблюдалась и во время депрессивной фазы маниакально-депрессивного психоза (см. гл. 5), однако в этих наблюдениях не было таких типичных для МДП симптомов, как тоска, идеи самообвинения, суточные колебания настроения (хуже с утра). Наоборот, состояние ухудшалось к вечеру, а в жалобах постоянно звучала психогенная ситуация.

Приведем два наблюдения, демонстрирующие вышеизложенное.

Больная В., 32 года, проживает в Москве, работает на заводе.

Из анамнеза. Наследственность: мать была тревожной, ипохондричной, страдала гипертонической болезнью, начавшейся в период климактерия. Умерла от инсульта.

Родилась доношенной, развивалась правильно. В детстве перенесла корь, скарлатину, ветряную оспу, эпидемический паротит, коклюш, ангины, часто болела острыми респираторными заболеваниями.

По характеру впечатлительная, «своенравная», постоянно стремилась к лидерству, выделиться среди окружающих. Всегда хотела, чтобы ее опекали, жалели, заботились о ней.

Менструации с 14 лет, по 4—5 дней, нерегулярные, болезненные. В 17 лет операция по удалению эпидермоидных кис-

том яичников. В течение года еще отмечались редкие менструации. В 18 лет забеременела, но произошел самопроизвольный выкидыш на сроке 5—6 недель. С этого времени менструации прекратились, появились приливы через каждые 30 мин с сильной потливостью. Обратилась к гинекологу, были назначены гормональные препараты (бисекурин, туринал). Гормональные средства принимала в течение 8 лет с положительным эффектом. При постоянном приеме гормонов наблюдались менструальные кровотечения, приливы практически полностью исчезали, уменьшалась раздражительность, налаживался сон. С отменой гормонов все симптомы быстро возобновлялись, поэтому приходилось снова прибегать к их приему.

В 1987 г. после смерти матери резко ухудшилось психическое состояние. Часто плакала, переживала утрату. Усилились приливы, которые стали сопровождаться сердцебиением, чувством нехватки воздуха, «комом» в горле. Появились неприятные ощущения в сердце — «как будто сердце облили кипятком», «клокочет в сердце». Пробовала принимать норколут, однако настроение становилось еще более подавленным. Поэтому гинекологи отменили гормоны и рекомендовали транквилизаторы (мезапам, тазепам). Ощущения в сердце на время проходили. В 1988 г. обратилась во ВНИЦ по охране здоровья матери и ребенка. Были назначены негормональные препараты (ксидифон, транквилизаторы). Приливы стали более редкими. Постепен-

но плаксивость уменьшилась, наладился сон, однако остались неприятные ощущения в области сердца, раздражительность, слабость. В связи с этим направлена на лечение в клинику им. С. С. Корсакова.

Психический статус. В клинике по утрам просыпалась с трудом, была заторможенной, жаловалась на «клокотание» в сердце, «ком» в горле, ощущение нехватки воздуха, редкие приливы (2—3 в день). «После смерти матери чувствую все свои органы». К вечеру нарастали раздражительность, разбитость, плаксивость.

Лечение: пиразидол — 200 мг в день, френолон — по 2,5 мг утром и днем, ноотропил — по 0,4 г утром и днем, сибазон — по 5 мг 3 раза в день. Состояние больной значительно улучшилось: повысилось настроение, исчезли неприятные ощущения в сердце, наладился сон, стала спокойнее. Выписалась на поддерживающее лечение пиразидолом (100 мг в день), френолоном (5 мг в день) и сибазоном (5 мг на ночь).

Анализируя этот случай, необходимо отметить, что ПКС развился через год после операции и проявлялся типичными симптомами: приливами (до 30 в день), сильной потливостью, астеническими симптомами. Проведение заместительной гормональной терапии способствовало появлению менструаций и улучшению общего состояния. Психическая травма (смерть матери) вызвала невротическую депрессию с усилением приливов и появлением дополнительных вегетативных нарушений в виде неприятных ощущений в сердце, спазмов дыха-

тельных путей. Также истерические стигмы, как «ком» в горле, демонстрация своих многочисленных жалоб объясняются демонстративными личностными особенностями в преморбиде.

Гинекологи отменили гормональную терапию, так как она усугубляла психическое состояние, и назначили негормональные средства. Состояние улучшилось, но незначительно. Поэтому больная и была направлена к психиатру.

Следующее наблюдение.

Больная Н., 40 лет, живет в Москве, работает инженером.

Из анамнеза. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. У матери было заболевание щитовидной железы. Родилась в срок. В детстве ничем не болела. В школе училась хорошо, окончила 10 классов, московский вуз. Работала в разных учреждениях, в последние годы работает программистом. В новых условиях адаптируется хорошо. Перенесенные заболевания: с 15 лет зоб II степени без нарушения функции.

Замуж вышла в 19 лет, однако через год с мужем развелась. От брака осталась дочь, «жила ради нее».

Менструации с 13 лет, установились сразу, по 7 дней, через 23—24 дня. Беременностей 2, роды 1 (срочные, без осложнений), аборт 1. После аборта — хроническое воспаление придатков. В 30 лет была диагностирована миома матки. Через 10

лет оперирована (в декабре 1987 г.) — была произведена надвлагалищная ампутация матки с левым яичником в связи с обнаруженной эндометриоидной кистой левого яичника. Перед операцией испытывала тревогу, страх, так как «от кого-то» слышала, что после операции она сразу постареет, станет грубой кожа. В послеоперационном периоде беспокоили слабость, боли внизу живота, оставались тревожные опасения. Через 3 месяца стала испытывать зуд в области наружных половых органов. Еще через месяц появились приливы. Сначала они были редкими, 2—3 прилива в сутки, затем участились до 30. Обратилась к гинекологу, который назначил норколут по схеме. Приливы стали слабее, однако усилились раздражительность, вспыльчивость, недовольство собой и окружающими.

В октябре 1988 г. состояние резко ухудшилось в связи с психической травмой — разрывом с любимым человеком. В течение 4 лет до операции был «роман» с ее начальником. Полюбила его, поняла, что до этого жила неправильно, забыв о себе. После операции интимных отношений между ними не было по ее инициативе, так как она считала, что нужно на какое-то время воздержаться от половой жизни. Избегала объяснений с ним, а после того, как сообщила о перенесенной операции, он «бросил» ее. Резко снизилось настроение, пропал аппетит, нарушился сон. Особенно плохо чувствовала себя к вечеру, анализировала ситуацию, обвиняла себя в случившемся. Считала, что жизнь не имеет

смысла, появились суицидальные мысли. Хотела отравиться, не сделала этого только из-за дочери. Приливы прекратились. Сочла это показателем улучшения состояния, поэтому продолжала принимать норколут. Однако настроение оставалось подавленным, и участковый гинеколог направил ее к психиатру. Был рекомендован пиразидол (50 мг в день), френолон (10 мг в день). Состояние не улучшалось, поэтому норколут был отменен и назначен амитриптилин с постепенным повышением дозы до 100 мг в день, радедорм 5—10 мг на ночь, ноотропил. Состояние улучшилось, вышла на работу. Каждая встреча с начальником травмировала ее, не могла видеть, как он «ухаживает» за женщинами, делает им комплименты. Считала себя неполноценной, обреченной на одиночество. Продолжала наблюдаться у психиатра. Вне работы чувствовала себя значительно лучше. В августе 1989 г. вновь появились приливы, с порозовением лица и потливостью, в том числе и в ночное время, но не такие частые, как ранее. Особенно тяготилась «ночными приливами». По рекомендации психиатра стала принимать финлепсин (по 50 мг утром и днем), ноотропил (по 0,4 г утром и днем). От гормональной терапии отказалась. Сменила по совету врачей место работы. Довольно быстро адаптировалась в новых условиях, появился интерес к работе, к жизни. Приливы стали редкими и слабыми (2—3 раза в день), практически не беспокоят больную.

В данном случае депрессивное состояние возникло психогенно на фоне посткастрационного синдрома. Углубление аффективных расстройств и неэффективность лечения, возможно, были связаны и с применением гестагенов (норколут). О глубине депрессии, помимо суицидальных тенденций, свидетельствует динамика вегетативной симптоматики, в частности приливов. На период депрессии они спонтанно исчезли, а при выходе из нее появились вновь, что является прогностически ценным критерием. Можно было заподозрить эндогенный характер депрессии, спровоцированной внешними факторами. Однако характерных для МДП симптомов не отмечалось, а разрешение ситуации (переход на другую работу) способствовало улучшению состояния.

Истерические расстройства у обследованных выявлялись редко, в отличие от климактерического синдрома (наблюдались у одной трети больных). Истерическая симптоматика была представлена многочисленными жалобами конверсионного характера, помимо типичных для ПКС соматовегетативных нарушений.

Несколько чаще встречался паранойяльный синдром. Он был представлен в основном сверхценными и бредовыми идеями ревности, реже — сутяжными идеями с рентными установками. Характерно, что все эти состояния развивались у больных в возрасте естественной менопаузы (48—50 лет) независимо от того, когда была произведена операция.

Идеи ревности обычно возникали на фоне повышенного и нереализованного полового

влечения у личностей с такими чертами характера, как аффективная ригидность, застреваемость, склонность к ревности в прошлом. Для больных с сутяжными идеями были характерны прямолинейность, утрированная принципиальность, бескомпромиссность, застреваемость на ситуациях, касающихся их интересов. Такие больные без объективных оснований считали, что врачи неправильно оценивают тяжесть их болезни, не оформляют соответствующую их состоянию (II или I) группу инвалидности. Свои необоснованные претензии они излагали в жалобах в различные инстанции, что составляло смысл их существования.

СОСТОЯНИЕ ПОСЛЕ ГИСТЕРЭКТОМИИ

У больных, перенесших операцию гистерэктомии, клиническая картина постоперационного состояния отличается от таковой при ПКС. Это объясняется различными патогенетическими механизмами нейроэндокринных изменений, возникающих после операции. При операции удаления яичников из патогенетической цепи выпадает целое звено, что представляет собой огромный стресс — и гормональный, и психологический, требующий срочной перестройки адаптационных процессов в организме.

При удалении матки гормональная функция яичников сохраняется, поэтому как таковых симптомов климактерия, связанных с дефицитом эстрогенов (приливы, потливость),

до наступления возраста естественной менопаузы не отмечается.

Синдромологическая оценка и динамика психопатологических и соматовегетативных расстройств в этих случаях иная, чем у больных с посткастрационным синдромом. Если у больных с ПКС приливы начинаются сразу после операции, то у женщин, перенесших гистерэктомию, — лишь в возрасте предполагаемой менопаузы, в 47—50 лет. В этот же период начинает повышаться АД, у некоторых возникают приступы типа гипоталамических, в клинической картине которых наблюдаются, помимо повышения АД, сердцебиение, чувство нехватки воздуха, озноб, тошнота, страх, в конце приступа — обильное мочеиспускание. Эти приступы обычно бывают в дни ожидаемых месячных. С приближением возраста естественной менопаузы приступы становятся продолжительнее и тяжелее за счет усложнения симптоматики и более выраженного психопатологического оформления.

Циклические колебания настроения обычно сохраняются или становятся еще более заметными у тех пациенток, которые до операции страдали предменструальным синдромом. Предменструальные ухудшения состояния возникали у них, как правило, за несколько лет до операции и были связаны с патологией половых органов, осложненными родами и абортами. У некоторых женщин предменструальный синдром наблюдался практически со времени становления менструальной функции, т.е. с пубертата. Наиболее частые проявления предменструального синдрома — боли внизу живота, нагрубание и болез-

ненность молочных желез, задержка жидкости в организме (пастозность, отеки, прибавка в весе), астенические симптомы (слабость, раздражительность, повышенная чувствительность), субдепрессивные симптомы (снижение настроения, активности, тревожность или апатия). После операции все эти явления усиливаются, появляются отдельные соматовегетативные симптомы (головные боли типа мигрени, головокружения, сердцебиение, тошнота), а ближе к возрасту естественной менопаузы в рамках предменструального синдрома возникают приливы, потливость, подъемы АД, вегетативно-сосудистые кризы.

Таким образом, предменструальный синдром содержит диагностическую и прогностическую информацию, что играет большую роль для профилактики и лечения соматовегетативных и психических расстройств.

Перед операцией гистерэктомии большинство пациенток испытывают беспокойство, так как операция на половых органах для многих женщин, особенно молодых, сама по себе имеет жизненно важное значение. С наличием матки женщины связывают не только менструальную и генеративную функции, но и свои сексуальные возможности, поэтому объяснение сущности операции и ее объективных последствий важно и необходимо.

После операции связанные с нею тревожные опасения сохраняются недолго, если не поддерживаются какими-то объективными причинами, т.е. появлением соматических отклонений, таких, как боли внизу живота, приступы по типу описанных выше. У больных, правильно подготовленных к операции, прак-

тически не бывает никаких болезненных проявлений до периода предполагаемого естественного климактерия. Этот период может составлять от 2 до 10 лет. Состояние ухудшается с появлением приливов и другой вегетативной симптоматики, но далеко не у всех.

Среди обследованных нами больных после операции удаления матки чаще всего встречались такие состояния, как депрессивное (46,7%) и астеническое (33,3%). Фобический (13,3%) и истерический (6,7%) синдромы занимали незначительное место. Среди фобических нарушений преобладала канцерофобия; у одних она была эпизодической, а у других сохранялась на протяжении всей болезни, постепенно обрастая ипохондрической симптоматикой. Истерические расстройства были представлены скудно, несмотря на то, что в преморбиде у ряда больных были выявлены демонстративные черты характера. Конечно, особенности характера наложили определенный отпечаток на клиническую картину депрессивных расстройств и оформление приливов в виде таких симптомов, как «ком» в горле, удушье, некоторое преувеличение тяжести состояния, но в целом все-таки состояние оценивалось как астеническое или депрессивное.

Для иллюстрации изложенного приведем одно из наблюдений.

Больная Т., 55 лет, живет в Москве, пенсионерка.

Из анамнеза. Наследственность: мать, 78 лет, тяжело переносила климактерий. Менопауза наступила в 50 лет, в течение 10

лет держались приливы. В 68 лет была оперирована по поводу рака матки. У сестры, 46 лет, в пременопаузе стали появляться подъемы АД.

Родилась доношенной. Детство проходило в военные годы, испытала голод, лишения. Росла слабой, воспитывалась «в жестких условиях», родители никогда не поощряли, не хвалили, говорили, что она неспособная, «все делает плохо». В детстве перенесла коклюш, эпидемический паротит, дизентерию. В 13 лет сильно ударилась головой, было головокружение. После травмы стала быстро нарастать миопия.

Успешно закончила среднюю школу, текстильный институт. Работала на текстильной фабрике, затем в центре моды. В связи с ухудшением состояния здоровья год назад вышла на пенсию.

Замужем с 27 лет, от брака дочь 26 лет, инвалид с детства в связи с пигментной дегенерацией сетчатки. Взаимоотношения с мужем неровные, половая жизнь нерегулярная, сексуальное удовлетворение испытывает редко. По характеру тревожная, мнительная, стеснительная, добросовестная, склонная к «умственной жвачке», пунктуальная, скрытная.

Менструации с 16 лет, установились сразу, по 3—4 дня, через 28—30 дней. С 40 лет цикл сократился до 21 дня, менструации стали более скудными. Беременность 1, закончилась преждевременными родами (7 месяцев). Во второй половине беременности повышалось АД. С 16 лет (с менархе) у больной отмечался предменструаль-

ный синдром: за 2—3 дня до начала месячных испытывала слабость, усталость, разбитость, общий дискомфорт. В 47 лет больной была сделана гистерэктомия по поводу миомы матки и удалена киста яичника на ножке с частичной его резекцией. Перед операцией была тревожной, беспокойной, боялась за исход операции, рисовала себе пессимистическую картину надвигающейся старости, а возможно, и смерти (если обнаружат рак). После операции страх относительно рака уменьшился, так как врачи «подробно все объяснили», но появились слабость, быстрая утомляемость, усилились циклические колебания состояния («как предменструальный синдром»). Через год в рамках этого псевдопредменструального синдрома появились приливы и потливость, сопровождавшиеся сильной слабостью и «полуобморочным состоянием». Обратилась к гинекологу, который рекомендовал принимать норколут и нон-овлон. Еще через год (в 49 лет) приливы усилились и участились (через каждые 15—20 мин). Пробовала принимать гормоны, «казалось, что становилось еще хуже». В это время в связи с обострением холецистита была сделана холецистэктомия. После операции стала жаловаться на боли в животе (в поджелудочной железе). Приливы усилились. Из-за слабости и страха за свое здоровье перестала выходить на улицу. С 1986 г. (с 51 года) назначили инъекции эстрадиола с тестостероном, вначале 1 раз в неделю, затем — 1 раз в месяц. Приливы смягчились, стали реже, «появилась возможность хотя бы

встать с постели». До марта 1990 г. продолжала делать инъекции гормонов. В последний год прежней дозы на месяц «не хватало» — уже через 2 недели появлялись приливы, слабость, головные боли, резко снижалась работоспособность, поэтому стала вводить гормональные препараты каждые 2 недели. Отказалась от инъекций в связи с перенесенным абсцессом ягодицы. После отмены гормонов резко ухудшилось состояние: приливы стали возникать с прежней частотой, сопровождались сильной потливостью, головокружением, сердцебиением. Испытывала «катастрофическую слабость», совершенно не могла работать, поэтому ушла на пенсию. В связи с тем что отказалась от приема гормональных препаратов, была направлена гинекологом в клинику терапии ММА им. И. М. Сеченова. При обследовании был поставлен диагноз: постхолецистэктомический синдром. Так как тяжесть состояния не соответствовала данным объективного обследования, больная была переведена в клинику им. С. С. Корсакова.

Психический статус. В клинике предъявляла жалобы на частые приливы (более 30 в сутки), в том числе и в ночное время, сильную потливость, головные боли, головокружения, слабость. Кроме этих жалоб, больная стала фиксирована на болях и ощущениях в животе, образно их описывала. «В правом подреберье сжимает и выкручивает». «Солнечное сплетение надавливает на поджелудочную железу, поэтому возникает боль». Постоянно прислушива-

лась к своим ощущениям, анализировала их. Большую часть времени проводила в постели «из-за катастрофической слабости».

Лечение. В клинике была проведена терапия: тетриндол — по 50 мг утром и днем, финлепсин — 100 мг в день, радедорм — 2,5 мг на ночь, ноотропил — по 0,4 г утром и днем, но-шпа — по 2 таблетки 3 раза в день; электросон. Состояние заметно улучшилось. Стали реже приливы, уменьшились слабость и ощущения в животе. Однако больная продолжает предъявлять жалобы врачу, фиксирована на своем состоянии, хотя во время лечебного отпуска (со слов мужа) выполняла всю домашнюю работу, ходила в магазины.

Данный случай довольно типичен. При генеалогическом исследовании выявляются отягощенность патологией половой сферы (рак матки) и патологическое течение климактерия. Кроме того, у больной довольно осложненный преморбид: тяжелое детство, позднее начало менструаций, несостоятельность генеративной функции (одна беременность без предохранения), неудовлетворенность половой жизнью.

Перед операцией — тревожные опасения и страхи, обусловленные не столько предстоящей операцией, сколько психастеническими особенностями характера. После операции на фоне выраженной астении через год появляются приливы: сначала в рамках ПС, затем — уже на фоне гормональной терапии — они становятся постоянными и частыми. Вегета-

тивная симптоматика возникла в возрасте возможной пременопаузы и менопаузы. Состояние усугубилось в связи с перенесенной холецистэктомией, появилась ипохондрическая фиксация на своем состоянии, сопровождающаяся ограничением поведения. Регулярные инъекции эстрадиола и тестостерона способствовали уменьшению приливов, слабости, что психологически воспринималось как улучшение состояния в целом. Однако постоянные инъекции гормонов на протяжении 4 лет привели к формированию гормональной зависимости. Отмена гормонов (по инициативе больной) вызвала резкое ухудшение состояния в плане усиления как вазомоторных, так и психических расстройств, в основном ипохондрических с включением отдельных сенестопатий и сверхценной трактовки своих ощущений. Курс лечения психотропными средствами был достаточно эффективным, однако такого рода больные, как правило, требуют длительного наблюдения с проведением поддерживающей терапии и реадаптационных мероприятий.

Сопоставляя рассмотренные данные, можно заключить, что если естественный климактерий — процесс физиологический (хотя и сопровождающийся при определенных условиях патологическими явлениями), постепенный, когда могут включиться адаптационные механизмы на всех уровнях, от биохимического до психологического, то искусственный климактерий — это всегда стресс, особенно если он приходится на молодой возраст, когда женщина ни физиологически, ни психологически не подготовлена к наступлению менопаузы.

У большинства обследованных больных климактерическим синдромом симптоматика развивается постепенно, начинаясь в пременопаузе. При посткастрационном синдроме, как правило, острое начало и более тяжелое течение, чем, видимо, и обусловлена структура психических нарушений, преимущественно выраженных астенических и депрессивных, в то время как при КС широко представлены истерические проявления. Если возраст менопаузы в группе больных КС в среднем 49 лет, то при ПКС — 39, а при гистерэктомии — 44 года. К психиатру большинство больных КС обращаются еще в пременопаузе, при ПКС более половины пациенток поступают на обследование в молодом возрасте, до наступления возраста естественного климактерия; больные, перенесшие гистерэктомию, в основном обращаются за помощью в период предполагаемой естественной менопаузы, так как именно в это время у них появляются вегетативные расстройства.

У больных ПКС приливы начинаются сразу после операции, у большинства по 20—30 в день, у больных после гистерэктомии приливы появляются лишь в возрасте естественного климактерия, как правило, в 48—50 лет. Артериальное давление у тех и других, включая кризы, обычно повышается в годы предполагаемого климактерия. В это же время обычно развиваются и идеи ревности, возникающие на фоне повышенного либидо.

Предменструальный синдром выражен у больных КС, а также у тех, кто перенес гистерэктомию (в основном по поводу миомы матки и эндометриоза). Цикличность колеба-

ний состояния усиливается после операции удаления матки, как и у больных КС в пременопаузе. Появление «предвестников» климактерия в структуре предменструального синдрома важно как для ранней диагностики и прогноза, так и для профилактики и лечения климактерических нарушений. При ПКС циклические колебания прекращаются, оставаясь лишь у больных, которым сохранена небольшая часть одного яичника.

Генеалогический анализ показал, что отягощенность климактерическим синдромом отмечается в наследственности больных КС и миомой матки значительно чаще, чем в группе больных ПКС. У матерей и сестер последних, наоборот, чаще встречаются гинекологические заболевания и связанные с ними операции.

ГЛАВА 4

ИПОХОНДРИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЧЕСКИМ ТЕЧЕНИЕМ КЛИМАКТЕРИЯ

Психопатологические синдромы, описанные в предыдущих разделах, встречаются у больных с патологическим течением естественного и искусственного климактерия на начальных этапах заболевания. Затем они либо исчезают (под влиянием лечения или с течением времени), либо подвергаются дальнейшему развитию. При длительном течении болезни, чему могут способствовать различные внешние факторы, присоединяются ипохондрические нарушения, начиная с ипохондрической фиксации на своем состоянии и кончая сверхценной трактовкой ощущений.

По нашим данным, ипохондрические расстройства наблюдались у 35,2% всех женщин с патологическим климаксом. При этом частота ипохондрических нарушений у больных с климактерическим синдромом составляла 38,5%, у больных с посткастрационным синдромом — 21,9%, у перенесших гистерэктомию — 46,7%.

Отмечались следующие синдромы: астено-ипохондрический, депрессивно-ипохондрический, истеро-ипохондрический и сенесто-ипохондрический. Истеро-ипохондрический синдром встречался только у больных с естествен-

ным климактерием и составлял 46,7%. Астено- и депрессивно-ипохондрические расстройства более характерны для больных, перенесших гинекологическую операцию на матке и придатках. Это объясняется, по всей видимости, тем, что у них отмечалось более тяжелое течение климактерических проявлений с частыми приливами и другими вазомоторными расстройствами. У больных, перенесших операцию кастрации, в большей степени, по сравнению с другими группами, были представлены сенесто-ипохондрические нарушения.

Необходимо отметить, что почти все больные с искусственным климактерием (85,7%), у которых выявлены ипохондрические расстройства, в течение длительного времени (от 3 до 17 лет) получали гормональную терапию. Из страдающих КС лишь 56,7% пациенток находились на лечении гормональными средствами, тем не менее этот фактор являлся одним из основных при формировании ипохондрической симптоматики. У тех, кто лечился гормональными препаратами бессистемно и в течение длительного времени, наблюдались астено- и депрессивно-ипохондрические нарушения. Истеро-ипохондрические расстройства были характерны для женщин, не принимавших гормональных препаратов. В последнем случае большую роль в формировании ипохондрических расстройств играли другие факторы (преморбидные особенности личности, психосоциальные факторы).

Психические и тем более ипохондрические нарушения, естественно, возникали не у всех больных, находившихся на гормональной терапии, а только у тех, кому лечение назнача-

лось бессистемно, без должных показаний и без учета противопоказаний, в различных комбинациях, с частыми попытками замены или отмены препаратов, при отсутствии динамического контроля со стороны врачей.

Гормоны обычно назначались гинекологами и гинекологами-эндокринологами пациентам с патологическим течением климактерия (естественного и постоперационного), тяжелым и средней тяжести, когда негормональные средства, имеющиеся в арсенале гинеколога, оказывались неэффективными. На фоне гормональной терапии, особенно эстрогенами, реже эстроген-гестагенными препаратами, отмечалось временное ослабление и снижение частоты приливов, которое психологически оценивалось больными как улучшение состояния в целом. Однако попытка отмены гормонов или адаптация к принимаемой дозе вновь вызывали усиление вегетативных проявлений с сопутствующими психическими расстройствами (астеническими, дистимическими с тревожными опасениями за свое здоровье и фиксацией на своем состоянии). Это вынуждало врачей возвращаться к назначению гормональных препаратов, что в ряде случаев приводило к психологической и физической гормональной зависимости.

Помимо этого, у больных с климактерическими расстройствами, длительное время получавших гестагены и эстроген-гестагенные препараты (в частности пероральные контрацептивы), сохранялись циклические колебания состояния, аналогичные имевшемуся до наступления менопаузы предменструальному синдрому. Колебания вегетативно-сосудистых

проявлений и, соответственно, психического состояния, возникающие вследствие цикличности в применении гормональных средств, также способствовали появлению ипохондрической симптоматики. Несмотря на временный положительный эффект гормонов в плане ослабления соматовегетативных проявлений, у ряда больных, получавших гестагены и комбинированные препараты, наблюдались ухудшение психического состояния, усиление раздражительности, тревоги, внутренней дрожи, снижение настроения, появление алгий, сенестопатий, симпатоадреналовых кризов. Необходимо отметить, что сенестопатии и кризы (типа гипоталамических) обычно наблюдались у больных, перенесших в прошлом черепно-мозговую травму. У этих же больных чаще формировался и сенестопатически-ипохондрический синдром.

Развитию ипохондрической симптоматики, помимо неэффективной длительной терапии, способствовали дополнительное воздействие психогенных факторов, присоединение соматических заболеваний, а также наличие определенных черт характера в преморбиде: тревожности, мнительности, застреваемости, ригидности, склонности к сверхценным образованиям, демонстративности.

У 21% больных ипохондрическая симптоматика в соответствующих условиях трансформировалась в ипохондрическое развитие личности. Истеро-ипохондрическое развитие наблюдалось только при патологическом течении естественного климактерия, а сенесто- и депрессивно-ипохондрическое — преимущественно у больных с хирургическим климактерием.

Однако при эффективном лечении вазомоторных, соматоэндокринных и психопатологических проявлений ипохондрическая симптоматика поддавалась обратному развитию, хотя это и требовало довольно длительной поддерживающей фармакотерапии и разъяснительной психотерапии.

Для подтверждения изложенного приведем следующее наблюдение.

Больная М., 1939 г. рождения, проживает в Туркмении, работает экономистом на молокозаводе.

Из анамнеза. Родителей не помнит, так как они были репрессированы, когда ей исполнилось 3 года. Воспитывалась в семье друга отца. Жена «отчима» была суровым, жестким человеком, поэтому больная чувствовала себя в их семье «отверженной». Была замкнутой, стеснительной. В школе училась посредственно, особого интереса ни к чему не проявляла. Окончила 10 классов, поступила в педагогический институт, но учиться не смогла «из-за сложной программы». Окончила сельскохозяйственный техникум. Работала агрономом в хлопководстве в течение 7 лет, затем — секретарем в милиции, последние 5 лет — экономистом. Отношения с сотрудниками хорошие, в коллективе ее уважают за добросовестность и ответственность.

Перенесенные заболевания: с 7 до 12 лет периодически болела малярией, принимала противомалярийные препараты. По совету врачей на два года переезжала в

Саратовскую область, где болезнь прекратилась.

Менструации с 13 лет, установились сразу, по 6—7 дней, через 30 дней. Беременностей 7, родов 3, абортов 4. Половая жизнь с 20 лет, в браке. Первый брак оказался неудачным, так как муж сразу после рождения ребенка начал злоупотреблять алкоголем. Через 4 года развелась с ним. Во второй раз вышла замуж в 27 лет, от второго брака имеет 2 детей. В интимной жизни были постоянные проблемы в связи с импотенцией мужа.

В 1980 г. (в 41 год) перенесла операцию по поводу внематочной беременности. В 1981 г. после повторявшихся метроррагий обследовалась у гинеколога и была оперирована по поводу миомы матки и «изменений» в яичниках (надвлагалищная ампутация матки с придатками). Уже через 3 дня после операции появились приливы жара, сильная потливость. Приливы сопровождались сердцебиением, чувством нехватки воздуха, ощущением «удара в голову». Из-за частых приливов (более 20 в сутки) просыпалась среди ночи, стала раздражительной, плаксивой, снизился жизненный тонус, интерес к окружающему. Муж упрекал ее в «неполноценности», унижал, говорил, что она теперь (после операции) — «не женщина». Стала избегать половых контактов с мужем, чем вызвала его ревность.

Примерно через полгода после операции на фоне выраженных вегетативно-сосудистых расстройств заметно снизилось

настроение, появилось безразличие ко всему, «утратился вкус пищи», «все казалось в сером цвете».

В 1982 г. больной была сделана операция «подсадки плаценты и яичников». Состояние после операции несколько улучшилось: стали реже и слабее приливы, улучшились сон, аппетит. Повысилось настроение: «когда вышла из больницы, увидела, что трава — зеленая».

Спустя 4 месяца после операции вновь стали усиливаться вегетативно-сосудистые проявления (приливы, потливость, сердцебиение, чувство удушья). В течение двух лет с некоторым эффектом принимала по рекомендации гинекологов прегнин. Затем была консультирована в НИИ эндокринологии и химии гормонов, где был рекомендован нон-овлон. Принимала нон-овлон в течение 5 лет. Приливы стали реже, немного улучшилось общее самочувствие. Однако за эти годы больная сильно поправилась (весит 120 кг), появились боли в костях и суставах, судороги в конечностях (особенно по ночам). С 1988 г. принимала бисекурин, аспаркам. В 1989 г. отказалась от приема гормональных препаратов. По назначению терапевта принимала тазепам, пирроксан, аспаркам. В течение года похудела до 94 кг. Приливы стали беспокоить в меньшей степени, однако оставались чувство неполноценности, фиксация на своем состоянии. Продолжала «ходить по врачам». Утратила надежду на выздоровление.

В июне 1990 г. (в 50 лет) на фоне психотравмирующей ситуации в семье (сын

алкоголизировался, нигде не работал) состояние резко ухудшилось: приливы усилились — до 15 в день, изменились по характеру (стали более интенсивными, начинались с ощущения тревоги — «внутри как будто все разрывалось»). Стало повышаться АД до высоких цифр — 200/100 мм рт. ст., появилось головокружение, нарушился сон, снизилось настроение, исчез интерес к окружающему, пропал аппетит. Стали «невыносимыми» боли в костях и суставах.

По собственной инициативе приехала в Москву и была госпитализирована во ВНИЦ по охране здоровья матери и ребенка. Были назначены эстрадиол по 1,0 мл внутримышечно, клофелин, феназепам, обзидан. Приливы жара стали слабее, реже (до 5 в день), уменьшились боли в костях (был выявлен остеопороз), однако больная оставалась подавленной, плаксивой, не спала по ночам, жаловалась на отсутствие аппетита, высказывала суицидальные мысли. Была консультирована психиатром и переведена в клинику им. С. С. Корсакова на обследование и лечение.

Психический статус. При поступлении настроение снижено. Рассказывая о себе, плачет, считает себя неизлечимо больной. «Устала от болезни, не могу так больше жить». Ухудшение состояния связывает с неприятностями в семье (конфликтные отношения с мужем, переживания за сына). Жалуется на приливы, повышение АД, боли в костях и суставах, головокружение, слабость, отсутствие интереса к окружающему и радости в жизни. «Я не живу, а

существую. Кажется, этому не будет конца». «Мир сам по себе. а я — сама по себе». Однако постоянно ищет встречи с врачом, просит помочь ей избавиться от болезни. Целыми днями лежит в постели, ничем не занята.

Лечение: пиразидол — до 300 мг в день, реланиум — по 10 мг внутримышечно 2 раза в день, радедорм — 10 мг на ночь, пирацетам — 5,0 мл внутримышечно N. 20, анаприлин — по 10 мг 3 раза в день, клофелин — 0,075 мг в день; электросон.

На фоне лечения и разъяснительной психотерапии состояние больной заметно улучшилось: приливы практически не беспокоили, стабилизировалось АД; выровнялось настроение, стала более оптимистичной в отношении будущего. Повысился аппетит, нормализовался сон. Больная активизировалась, стала ходить на прогулки, смотреть телевизор.

В связи с не проходящими болями в костях и суставах была переведена на лечение остеопороза во ВНИЦ по охране здоровья матери и ребенка, где в отделении эндокринологии был назначен хормоплекс (натуральный эстроген). Продолжала принимать пиразидол (по 50 мг утром и днем), радедорм — 5 мг на ночь, реланиум — по 5 мг 3 раза в день. Через месяц выписана в удовлетворительном состоянии. Рекомендовано поддерживающее лечение вышеперечисленными препаратами.

В данном случае у больной, перенесшей в относительно молодом возрасте (42 года) опе-

рацию по удалению матки и придатков, развился тяжелый посткастрационный синдром. На протяжении 7 лет больная практически непрерывно получала гормональные препараты, но не натуральные эстрогены, показанные при подобных состояниях, а гестагены и комбинированные средства (пероральные контрацептивы). В результате приливы не прекратились, хотя временами и ослабевали, а в возрасте предполагаемой естественной менопаузы (50 лет) вновь усилились. В этот же период стало повышаться АД, присоединились другие соматовегетативные нарушения. В начале заболевания психическое состояние больной можно оценить как астенодепрессивное. В дальнейшем преобладала депрессивная симптоматика с нарастанием ипохондрической фиксации на своем состоянии. Этому способствовали, помимо вегетативно-сосудистых и обменно-эндокринных (ожирение, остеопороз) нарушений, наличие психотравмирующей ситуации в семье, неэффективность проводимой терапии.

При поступлении в клинику больной был поставлен диагноз: депрессивно-ипохондрическое развитие личности после операции надвлагалищной ампутации матки с придатками. Диагноз был поставлен на основании длительного течения заболевания, с преимущественно депрессивными и нарастающими ипохондрическими нарушениями на протяжении болезни, выраженного депрессивно-ипохондрического состояния при поступлении. Необходимо, тем не менее, отметить положительную динамику в состоянии больной в результате проведенного в клинике и ВНИЦ по

охране здоровья матери и ребенка лечения. Терапия была направлена одновременно на ликвидацию соматовегетативных, обменно-эндокринных и психических нарушений. Регулярное проведение разъяснительной психотерапии также способствовало улучшению психического состояния.

Довольно быстрое обратное развитие ипохондрической симптоматики было связано с маловыраженными патохарактерологическими отклонениями, несмотря на длительное течение заболевания и наличие психотравмирующей ситуации в семье (в преморбиде также не было выявлено акцентуации в характере).

Таким образом, у больных с патологическим течением климактерия (естественного и послеоперационного) основой для развития ипохондрических расстройств являются соматовегетативные нарушения (тяжелые и частые приливы, кризы и т.д.). Способствуют ухудшению психического состояния и нарастанию ипохондрической симптоматики: длительная и неадекватная гормональная терапия (особенно гестагенами и комбинированными препаратами), воздействие дополнительных соматогенных и психосоциальных факторов, а также наличие преморбидных особенностей личности.

В отличие от этого в группе психогенных заболеваний основным пусковым фактором в возникновении и дальнейшем течении ипохондрических расстройств являются психогенные обстоятельства (как длительно существующие психотравмирующие ситуации, так и повторяющиеся внезапные психические травмы). Большую роль в этих случаях играют

преморбидные особенности характера, способствующие более быстрому переходу невротического развития личности к патохарактерологическому. Если невротическое развитие личности формируется в период климактерия (при длительном течении невроза, а не климактерического синдрома), то соматовегетативные нарушения могут усиливаться и расширяться вторично на фоне уже имеющихся невротических и нарастающих патохарактерологических расстройств.

Прогностически благоприятными в течение ипохондрического развития личности являются следующие критерии: положительная динамика при лечении вазомоторных и обменно-эндокринных расстройств, отсутствие в преморбиде акцентуированных и психопатических особенностей личности, исключение воздействия дополнительных соматогенных и психосоциальных факторов или разрешение имеющейся психотравмирующей ситуации.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ВПЕРВЫЕ ВОЗНИКШИХ В ПЕРИОД КЛИМАКТЕРИЯ

ПСИХИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ И КЛИМАКТЕРИЙ

В предыдущих главах были описаны психические нарушения, этиологически и патогенетически связанные с менопаузой, естественной или хирургической. Однако нейроэндокринная климактерическая перестройка в организме женщины создает благоприятную почву для развития различных психических и психосоматических заболеваний.

Концепция о взаимосвязи психических расстройств с периодом климактерия и инволюционным возрастом имеет давнюю историю. Еще Э. Крепелин сто лет назад выдвинул концепцию «инволюционных» психозов, прежде всего инволюционной меланхолии (депрессии), в противоположность двум эндогенным психозам (раннему слабоумию — шизофрении и МДП), которые он считал конституциональными. Он полагал, что инволюционные психозы этиологически связаны с инволюционными соматическими процессами и с климаксом, характеризуются длительным течением, включая тревогу, двигательное беспокойство, ипохондрию. Однако уже в те времена существовала и другая точка зрения: нет самостоятельных инволюционных психозов, а

бывает позднее начало таких заболеваний, как МДП или шизофрения.

В. Н. Гиляровский (1938) выделил психозы климактерического периода и инволюционные. В период климакса, по его мнению, возможны чисто реактивные расстройства. К инволюционным психозам он относил инволюционную меланхолию, пресенильный параноид и инволюционную истерию. В то же время так называемую «меланхолию с оцепенением» он относил «скорее к климаксу, чем к пресениуму». Четкой грани между климактерическими и инволюционными расстройствами не проводилось.

В последующие годы бытовали различные точки зрения на природу психических нарушений, возникших в период климактерия и после менопаузы. Одни считали их самостоятельными заболеваниями, этиологически и патогенетически связанными с климаксом, другие доказывали, что это лишь спровоцированная гормональной перестройкой поздняя манифестация таких болезней, как шизофрения, МДП, истерия. В англо-американской медицинской литературе, вопреки некоторым противоположным мнениям, до недавнего времени удерживалось представление о нозологической самостоятельности инволюционных психозов. Лишь последние 10 лет они исключены из Международной классификации болезней и Американской диагностической системы. Это решение основано прежде всего на данных эпидемиологических исследований, согласно которым риск возникновения психических расстройств, особенно аффективных, не возрастает в группе старше 45 лет. Однако

до сих пор существуют и оппозиционные взгляды, основанные на клинических наблюдениях которые свидетельствуют о том, что клиническая картина большой депрессии, начавшейся после 50 лет, отличается от депрессии с более ранним началом и укладывается в классическое описание инволюционной меланхолии.

Помимо аффективных расстройств, в период климактерия могут возникать неврозы и реактивные состояния, которые также сложно отграничить от нарушений, сопровождающих климактерические симптомы.

В этот период женщины начинают чаще злоупотреблять алкоголем. Кроме того, что пик алкоголизма у женщин приходится на молодой и средний возраст, они принимают спиртное как лекарство для снятия депрессивных и других психических расстройств, что не только не помогает избавиться от плохого настроения, но и усугубляет его. В результате при общем росте суицидов среди женщин среднего возраста частота попыток и завершившихся суицидов значительно выше у женщин, страдающих алкоголизмом, чем в популяции в целом.

Возможно, противоречий в суждениях психиатров было бы гораздо меньше, если бы они четко представляли себе, что такое период климактерия, на какие этапы он разделяется, что такое менопауза и какую перестройку она за собой влечет. Поэтому наша задача попытаться определить связь психических расстройств с разными фазами климактерия, менопаузой и гормональной перестройкой, а также установить дифференциально-диагнос-

тические критерии для разграничения психических расстройств и заболеваний, возникающих до и после менопаузы, что позволит в свою очередь назначить адекватное лечение. Речь в данном случае идет только о тех психических нарушениях, которые впервые возникли в период климактерия, так как именно эти состояния представляют определенные трудности в диагностике. В связи с климактерической перестройкой могут обостряться и ранее начавшиеся психические болезни, но в этих случаях (при условии подробного расспроса больной и ее близких, наличии соответствующей медицинской документации) сомнений в постановке диагноза практически не возникает.

НЕВРОЗЫ И РЕАКТИВНЫЕ СОСТОЯНИЯ

Неврозы и реактивные состояния относятся к психогенным заболеваниям, т.е. причиной их возникновения является психическая травма. При неврозах больные критически относятся к своему состоянию и могут контролировать свое поведение. Реактивные состояния — это психотические нарушения, т.е. более глубокие психические расстройства, сопровождающиеся снижением или отсутствием критического отношения к своей болезни, нарушением влечений (в частности притуплением инстинкта самосохранения, что ведет к суицидам), появлением бредовых идей и других нарушений.

По нашим данным, в период климактерия чаще всего возникает невротическая депрес-

сия (56,8%), реже — истерический невроз (21,6%), далее — фобический (13,5%) и астенический (8,1%) неврозы. Причиной неврозов являются различные психотравмирующие ситуации, представляющие определенную эмоциональную значимость для женщины. Это чаще всего семейные проблемы: конфликты с мужем, включая измену и развод, проблемы с детьми (болезнь, смерть, судимость, наркотизация и алкоголизм и т.д.), болезнь и смерть родителей, конфликты с близкими родственниками из-за наследства. В меньшей степени значимы производственные факторы: конфликты, увольнение с работы или сокращение. У некоторых женщин отмечается наличие двух или нескольких психических травм, действующих одновременно или последовательно, например хроническая болезнь одного ребенка и судимость у другого или смерть мужа, а через некоторое время — попытка сына покончить жизнь самоубийством.

Реактивные состояния по сравнению с неврозами наблюдаются относительно редко. Чаще всего это реактивные депрессии, затем — реактивный параноид, выражающийся в основном бредом преследования, иногда в сочетании с идеями ревности. Реактивные депрессии имеют место в тех случаях, когда психотравма носит витальный характер или представляет собой особое, жизненно важное для больной событие, например внезапная гибель единственного ребенка, матери, мужа. Острое состояние с бредом обычно возникает в условиях угрозы собственной жизни и безопасности. Раньше это довольно часто случалось с женщинами в заграничных команди-

ровках; в условиях языковой изоляции, местной войны, при наличии постоянной слежки органов госбезопасности.

Анализ механизма возникновения психогенных расстройств в период климактерия показал, что возможны два пути взаимодействия психогении, климактерических расстройств и психических нарушений. В первом случае под влиянием психической травмы одновременно нарушается менструальная функция, что сопровождается теми или иными климактерическими соматовегетативными проявлениями, и развивается картина невроза. Невроз в свою очередь может способствовать усилению вегетативной симптоматики, что опять отражается на психическом состоянии. По этому типу невроз развивается, как правило, в пременопаузе и способствует длительному ее течению (в среднем 6—7 лет). Однако ускорения наступления самой менопаузы не отмечается.

Другой путь заключается в том, что невроз или реактивное состояние возникает на фоне уже имеющихся климактерических нарушений в период перименопаузы (перед менопаузой или вскоре после ее наступления).

Необходимо отметить, что в целом климактерические вегетативно-сосудистые расстройства не играют такой роли в патогенезе неврозов, как при психических нарушениях в рамках климактерического синдрома, хотя их место и значимость в клинической картине невроза различны в зависимости от его основного психопатологического содержания.

Приливы и потливость при неврозах встречаются редко, слабо выражены, от 1—2 до 8—

10 в сутки. Другие соматовегетативные нарушения (сердцебиение, головные боли, повышение АД, головокружения) бывают чаще, однако симпатоадреналовых кризов практически не отмечается. Можно наблюдать психовегетативные приступы истерического характера с удушьем, чувством нехватки воздуха (дышит, «как рыба на суше»), дрожью в теле, демонстрацией тяжести своего состояния.

По поводу климактерических жалоб больные неврозами редко обращаются к гинекологам; они стремятся на прием к невропатологам, психотерапевтам, психоневрологам и боятся идти к психиатрам, так как распространено мнение, что у психиатра лечатся только душевнобольные. Это впечатление ошибочно, ибо психиатр хорошо понимает и лечит любые психические нарушения и ориентирован во всех методах терапии, в том числе и психотерапии.

Невротическая и реактивная депрессия. Как уже отмечалось, массивная психическая травма чаще вызывает депрессивную реакцию. Эта реакция бывает различной степени выраженности и тяжести, т.е. невротического (невротическая депрессия) и психотического (реактивная депрессия) уровня. Депрессивное состояние чаще возникает в период пременопаузы, реже — вскоре после менопаузы и не зависит от тяжести климактерических проявлений, а, наоборот, способствует нарастанию климактерической дисфункции. Поначалу, непосредственно после действия психотравмы, в жалобах больных звучит психогенная ситуация, которая и определяет картину заболевания. Реактивная депрессия обычно начинается

с непродолжительного периода «оцепенения», «окаменения» без слез, с безразличием, «автоматическими» движениями, потерей аппетита, нарушением сна, нарастающей озабоченностью в связи с потерей близкого человека, включением чувства вины и раскаяния. По выходе из ступора появляются плаксивость, больная постоянно анализирует случившееся, стремится обсуждать его с окружающими в поисках сочувствия и сопереживания. Снижение аппетита (иногда полное отвращение к еде) сопровождается потерей веса. Климактерические вегетативно-сосудистые нарушения отходят на второй план и становятся актуальными лишь с разрешением ситуации или по затухании остроты переживаний. Если больные переключаются с психогенной ситуации на собственное здоровье, то формируются ипохондрические расстройства.

Несмотря на выраженность аффективных нарушений, доходящих до психотического уровня с суицидальными мыслями и поведением, при реактивной депрессии, в отличие от депрессивной фазы МДП, не выявляются двигательная и идеаторная заторможенность (кроме состояния «оцепенения»), суточные колебания настроения (т.е. усиление депрессии в утренние часы), отсутствуют идеи самообвинения и самоуничижения, основанные на анализе прошлых событий и их ретроспективной оценке. У больных с психогенной депрессией чувство вины непосредственно связано с психотравмирующей ситуацией и невозможностью переключения на другие проблемы. Их мысли направлены не в прошлое, а в настоящее и будущее, поэтому к чувству утраты и скорби о

близком человеке всегда присоединяются мысли о мрачной перспективе одиночества, страдания, особенно когда больная теряет любимого мужа и «кормильца» семьи, единственного ребенка, любимую мать.

При невротической депрессии аффективные нарушения менее выражены, не достигают состояния ступора и мрачной безысходности и бесперспективности, доходящей до нежелания жить в создавшихся условиях. Однако при невротической депрессии тоже бывают суицидальные мысли, которые носят сугубо вербальный характер (причитания с плачем), вызванные пессимистической оценкой будущего и временным отсутствием утешающей перспективы. Иногда случаются суицидальные попытки демонстративного характера, которые, к сожалению, нередко заканчиваются трагически.

Проанализируем следующее наблюдение.

Больная М., 56 лет, живет в Москве, пенсионерка.

Из анамнеза. Наследственность: мать по характеру была властной, своевольной, жестокой. Отец злоупотреблял алкоголем, азартный игрок в карты.

В детстве была худой, «как спичка», слабой. Детские инфекции перенесла без осложнений. Окончила 7 классов, торговый техникум. В течение 12 лет работала товароведом. В 28 лет вышла замуж, через год родила дочь и в течение 4 лет не работала. Затем в течение 22 лет работала технологом, год назад ушла на пенсию по возрасту (но в большей степени из-за болезни).

Перенесенные заболевания: с 20 лет — тиреотоксикоз, в 43 года — струмэктомия. В 41 год оперирована по поводу фиброзно-кистозной мастопатии. С 1984 г. (с 53 лет) — с момента наступления менопаузы — на учете по гипертонической болезни. По характеру аккуратная, нерешительная, впечатлительная, обидчивая, раздражительная, плохо переносит перемену жизненного стереотипа.

Менструации с 13 лет, установились сразу, по 4—5 дней, через 28 дней. Беременностей 3, роды 1, медицинских аборта 2, без осложнений. Менопауза — в 53 года.

С мужем взаимоотношения были неровными, он злоупотреблял алкоголем. В 1982 г. (в возрасте 51 года) узнала, что муж заразил ее гонореей. Была вдвойне оскорблена его поступком (измена и венерическое заболевание), испытывала «сильную досаду и стыд». По этой причине хотела уйти из жизни, но волновала судьба дочери и матери. Выпила на ночь 3 таблетки тазепама, чтобы успокоиться, и легла спать. Утром проснулась и пошла на работу. Работать не смогла; плакала, все мысли были заняты случившимся. По совету сотрудницы выпила еще 2 таблетки амитриптилина и 2 таблетки мелипрамина, после чего потеряла сознание и была отправлена в отделение реанимации. После выписки развелась с мужем и через некоторое время успокоилась. Однако с этого времени менструации стали нерегулярными, появились приливы жара (2—3 раза в день), стало

повышаться АД. Заострились характерологические особенности, такие, как раздражительность, конфликтность, чрезмерная аккуратность, пунктуальность, обидчивость, застреваемость. После развода с мужем поселилась в семье дочери, часто конфликтовала с ней «из-за пустяков».

После менопаузы приливы стали более выраженными и частыми (до 5—6 в день), иногда просыпалась от прилива и ночью. Чаще стало повышаться АД до высоких цифр: 190/100—200/110 мм рт. ст., особенно после семейных конфликтов. По рекомендации терапевта принимала транквилизаторы (тазепам, радедорм на ночь), гипотензивные средства. Постепенно состояние заметно улучшилось, приливы практически исчезли.

В феврале 1987 г. (больной было 55 лет) тяжело заболела мать. Приходилось ухаживать за ней, тем более что та постоянно требовала к себе повышенного внимания, капризничала, обижалась. Больная сильно уставала, сама стала раздражительной, вспыльчивой. В мае произошел «серьезный конфликт» с дочерью. «Не могла перенести обиду», хотела покончить с жизнью. Демонстративно ходила с веревкой по квартире, потом угрожала дочери, что выпьет уксусной кислоты. Про себя же думала, что не сделает этого, так как потом «придется долго мучиться». Вместо этого приняла 2 таблетки радедорма и заснула. Проснувшись в 3 часа ночи, не могла уснуть, так как обида вспыхнула с еще большей силой. Выпила еще 2 таблетки радедорма и 2

тазепама. Так как сильно болела голова, решила, что поднялось АД, поэтому приняла еще 3 таблетки адельфана, 2 таблетки клофелина, 2 таблетки нитроглицерина и все это запила валокордином. Через некоторое время потеряла сознание и была госпитализирована в институт им. Н. В. Склифосовского, откуда по рекомендации психиатра переведена на долечивание в клинику им. С. С. Корсакова.

Психический статус. При поступлении настроение снижено, плаксива, раздражительна. Обвиняет себя в том, что была несдержанна с дочерью. Говорит, что все произошло из-за ее «плохого характера», который в последние годы «стал еще хуже». Сон поверхностный, тревожный. Аппетит снижен, похудела на 3 кг (рост 156 см, вес 62 кг). Суицидальных мыслей нет. Не может дать четкого объяснения своему поступку. Утверждает, что не хотела умирать, а зачем выпила столько лекарств — не знает («Наверное, хотела побыстрее успокоиться и поглубже заснуть»).

Консультация гинеколога: постменопаузальный период с вегетативно-сосудистой дисфункцией. Опущение стенок влагалища. Пресенильный кольпит. Диффузная фиброзная мастопатия правой молочной железы. Состояние после секторальной резекции левой молочной железы.

Терапевт: гипертоническая болезнь II ст.

Лечение: финлепсин — 200 мг, пиразидол — 100 мг, феназепам — 1 мг в день. Состояние в течение месяца значительно улучшилось: наладился сон, появился аппе-

тит. Помирилась с дочерью. В хорошем настроении, с оптимистическими планами на будущее выписана домой.

В данном случае у личности нерешительной, обидчивой, застреваемой, трудно приспосабливающейся к новым условиям от обиды, стыда, жалости к себе возникла психогенная депрессивная реакция и в то же время желание в знак протеста покончить с этой жизнью. Однако достаточно критичное отношение к своему состоянию и сложившейся ситуации препятствовали суициду. С другой стороны, отчаяние, обида и стремление успокоиться привели больную к необдуманному поступку — приему большой дозы лекарств.

При выходе из депрессии у больной начался климактерий, а затем наступила менопауза, сопровождающиеся приливами, хотя и не частыми, и повышением АД. Вторая депрессия возникла в постменопаузе, когда вегетативные проявления уже начали затихать. С болезнью матери, требующей постоянного ухода и внимания, больная астенизировалась, стала раздражительной, нетерпеливой, обидчивой. Серьезный конфликт с дочерью (на бытовой почве) сначала вызвал аффективную реакцию с демонстративным, но контролируемым больной суицидальным поведением. Однако в дальнейшем то ли неосторожность и потеря самоконтроля при желании поскорее успокоиться и уснуть, то ли стремление «отомстить» за обиду привели к передозировке лекарств и интоксикации. Если вначале депрессия имела реактивную окраску с отражением личностных особенностей, то в дальнейшем ее клиничес-

кая картина укладывалась в рамки обычной невротической депрессии с пониженным настроением, плаксивостью, нарушением сна и чувством вины и раскаяния. Разрешение конфликта и адекватное лечение способствовали стабилизации состояния.

Истерический невроз возникает либо в условиях длительной психотравмирующей ситуации в семье (реже на работе), либо при воздействии серии психических травм. Истерические расстройства развиваются как у демонстративных личностей, так и у тех, кто не имеет истерических черт характера. В последнем случае истерические расстройства носят конверсионный характер и представлены в основном соматоневрологической симптоматикой: нарушения чувствительности кожи рук, ног, координации движений, псевдопараличи и парезы, мышечные контрактуры, блефароспазм, заикание и мутизм. Психические расстройства более выражены у акцентуированных и психопатических личностей истерического круга. Поведение их более демонстративно, подчас нарочито, со склонностью к аггравации. Круг их жалоб постоянно расширяется за счет самовнушаемости и переноса на себя симптомов болезней соседей по палате.

Постоянно подчеркивая тяжесть своего состояния, такие больные ищут сочувствия у окружающих, медицинского персонала и врача, привлекают внимание обилием и необычностью симптомов болезни. У них могут быть яркие, эмоционально окрашенные зрительные галлюцинации. Например, к одной больной по ночам «являлась» умершая мать, к дру-

гой — «красивый высокий мужчина, одетый во все черное». Третья видела у себя в спальне «черта с рогами» и «целующихся голубей на подоконнике».

Обилие соматических и психических нарушений в клинической картине невроза не зависит от тяжести и выраженности собственно климактерических симптомов (приливы, потливость и т.п.), к тому же у такого рода больных классической картины климактерия с приливами практически не выявляется. Повышение артериального давления — тоже довольно редкий симптом, гораздо чаще встречаются жалобы на удушье, «ком» в горле, дрожь в теле, онемение рук и ног, резкую слабость в ногах («ноги как ватные»). Тем не менее соматические заболевания, если они возникают в период климактерия (гипертония, холецистит, диабет), создают определенный астенизирующий фон.

Характерно следующее наблюдение.

Больная П., 52 года, живет в Москве, замужем, временно не работает из-за болезни.

Из анамнеза. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Мать 4 года назад погибла в автомобильной катастрофе. Отец умер в 52 года от рака легкого. Три брата здоровы. Раннее развитие без особенностей. Окончила 8 классов и курсы портных. Всю жизнь работала по специальности в ателье. Замужем с 23 лет. С мужем взаимоотношения хорошие. Дочь, 15 лет, родилась в асфиксии, страдает эпилепсией. Сын, 28 лет, — тунеядец, алкого-

лик, дважды находился в тюремном заключении, переболел сифилисом, страдает туберкулезом легких.

Перенесенные заболевания: с детства хронический тонзиллит, тонзиллэктомия в 33 года. С 45 лет, со времени наступления менопаузы, страдает сахарным диабетом, с 49 лет на инсулинотерапии.

По характеру всегда была общительной, веселой, трудолюбивой.

Менструации с 16 лет, были регулярными до 45 лет. В 45 лет менопауза, менструации прекратились сразу. Беременностей 10, абортов 7, родов 3. Вторые роды мертворожденным плодом.

Считает себя больной с 49 лет, когда усугубилась психотравмирующая ситуация в семье. У дочери с началом месячных участились припадки, встал вопрос о ее переводе в специальную школу. Сына, возвратившегося из тюрьмы больным туберкулезом и сифилисом, необходимо было поместить в специализированное лечебное учреждение, а его лишили московской прописки. Кроме того, за полгода до этого погибла в автокатастрофе мать. У больной значительно тяжелее стал протекать диабет, и ей были назначены инъекции инсулина. Помимо этого, появилась слабость в руках и ногах, затем «перестала ощущать свои ноги», стал повышаться тонус мышц ног и живота. «Ноги становились натянутыми как струны, живот — как доска». В таком состоянии не могла стоять, падала. Стала бояться выходить на улицу. Ходила только в сопровождении мужа или дочери, а также

«со страховкой» — с палкой. Когда оставалась дома одна, «забывалась», расслаблялась и ходила «нормально». При волнении падала, но сознания не теряла. После приема успокаивающих средств состояние кратковременно улучшалось. В возрасте 51 года, после перенесенного коматозного состояния в связи с диабетом, «забыла о своей болезни» и в течение 5 дней ходила «нормально». Затем «вспомнила» о болезни, снова появилось напряжение в мышцах, не могла ходить без «страховки». В квартире протянула веревку из спальни в туалет и на кухню и ходила, держась за нее. По хозяйству ничего не делала, все обязанности по дому выполнял муж. Обратилась к психиатру в начале 1987 г. (в 51 год), в течение 3 месяцев лечилась в дневном стационаре психоневрологического диспансера. Принимала транквилизаторы: феназепам, тазепам. Наиболее эффективным считала тазепам: после приема одной таблетки сразу становилось лучше, свободно, без поддержки ходила, но эффект был кратковременным (1—2 ч). По направлению диспансера поступила в клинику.

В отделении жаловалась на напряжение мышц ног и живота, с чем связывала нарушение походки и падения. Ходит с палкой или пользуется поддержкой больных и персонала. Неоднократно падала, если не было «страховки». На стуле сидела на одной ягодице, объясняла это тем, что «напряжена и не сгибается нога». На кровать ложилась не сгибаясь, падая всем телом. На улицу не выходила, опасаясь, что упадет.

Жаловалась, что «из-за этой болезни 3 года выпало из жизни».

Лечение: гидазепам до 100 мг в день, электросон, ритмотерапия, психотерапия. В результате лечения напряжение мышц исчезло, сначала стала ходить по отделению без палки, затем на прогулку с палкой, потом свободно без палки по улице. Повысилось настроение. В квартире сняла веревки, стала выполнять домашнюю работу. Сына удалось определить на лечение в загородную туберкулезную больницу и провести курс лечения против сифилиса.

Наблюдается в клинике до настоящего времени. Чувствует себя хорошо, психотропных средств не принимает.

Этот случай интересен тем, что у больной существовала психотравмирующая ситуация в семье на протяжении многих лет. Однако невроз развился в период климактерия, когда, с одной стороны, больная была астенизирована начавшимся диабетом, а с другой — усложнилась психогенная ситуация в семье. Сначала возникла слабость в конечностях, затем истерическая контрактура мышц ног, особенно левой, и живота, что вызвало в свою очередь нарушение походки и устойчивости, а также появление вычурных поз и движений. По механизму возникновения симптоматика была конверсионной, развившейся у неистерической личности. Состояние нормализовалось в результате проведенного лечения, в основном психотерапии, а также частичного разрешения психогенной ситуации.

Фобический невроз. При фобическом не-

врозе возникают различные страхи, приобретающие навязчивый характер, т.е. больные понимают, что страх не обоснован, но отделаться от него не могут. Страхи появляются чаще всего у личностей с тревожно-мнительными чертами характера на фоне слабо выраженных климактерических вегетативно-сосудистых расстройств, под влиянием психотравмирующей ситуации. Болезнь начинается с внезапного возникновения страха в определенной ситуации, например во время похорон близкого человека, умершего от инфаркта, инсульта, рака и т.д. При наличии соматических симптомов, сходных с теми, что были у умерших родственников (повышение АД, неприятные ощущения и боли в сердце, удушье, боли в животе, потеря веса и т.д.), усиливающихся в стрессовой ситуации, создаются условия для возникновения фобической реакции, ее фиксации и формирования в дальнейшем так называемого «порочного круга». Другими словами, страх, впервые охвативший женщину при одной мысли, что у нее «такое же заболевание», в дальнейшем возникает при каждом проявлении болезненных симптомов (например болей в грудной клетке). Больная фиксируется на своем состоянии, все время «прислушивается» к сердцу (или другим органам и частям тела), что приводит к постоянному ожиданию, а затем и возникновению тех симптомов, которых она боится.

Наиболее часто встречаются такие страхи, как канцерофобия (боязнь умереть от рака), кардиофобия (страх смерти от заболевания сердца — инфаркта), страх инсульта. Если женщине стало плохо в транспорте (особенно

в метро, где большое скопление народа, духота), то при повторных приступах появляется страх перед метро. В последующем страх может распространиться и на другие виды транспорта, где также много пассажиров (автобус, троллейбус); состояние нередко ухудшается. При этом в голове одна и та же мысль: «вдруг будет плохо и никто не сможет оказать помощь». Больные начинают создавать себе ограничительный, оберегающий режим передвижения в транспорте: пользуются менее опасными видами (например трамваем, такси), выбирают специальный маршрут, чтобы по пути была больница, пункт «скорой помощи». Затем и это не помогает, нужна более надежная страховка, например сопровождение близких людей. При отсутствии помощи со стороны окружающих больные перестают выходить на улицу.

Другие варианты навязчивостей обычно формируются в молодом возрасте (страх темноты, высоты, замкнутых пространств, заражения сифилисом, СПИДом; навязчивые идеи, представления, действия). В любом возрасте, в том числе и в период климактерия, при соответствующих обстоятельствах может возникнуть страх глотания, боязнь подавиться во время употребления пищи.

Приведем наблюдение.

Больная Ж., 49 лет, живет в Москве, врач.

Из анамнеза. Наследственность: отец умер от рака поджелудочной железы. У матери была поздняя менопауза (в 56 лет), сопровождалась выраженным климактерическим синдромом.

В детстве часто болела ангинами, в 10 лет перенесла тонзиллэктомию. Окончила среднюю школу, медицинский институт. Муж также врач, взаимоотношения в семье хорошие. По характеру ригидная, злопамятная, склонная к фиксации, застреваемости. Менструации с 14 лет, по 4—5 дней, через 28—30 дней. В течение последнего года цикл нарушился, месячные отсутствовали по 2 месяца. Была одна беременность, закончившаяся срочными родами. С молодости страдала предменструальным синдромом: за 2—3 дня до месячных отмечались головная боль, слабость, раздражительность, снижение активности. В течение последнего года перед менструацией стало повышаться АД, усилились головные боли, появилась потливость.

Считает себя больной в течение недели (на неделю как раз задержалась ожидаемая менструация). Накануне предполагаемой менструации во время еды поперхнулась. Прекратила прием пищи, так как возник страх смерти, которая может произойти при аспирации пищи. Перестала есть, только пила маленькими глотками, причем приходилось прилагать большие усилия и преодолевать страх перед первым глотком. Через 2 дня полностью пропал аппетит, появились постоянная тревога и страх. Понимала, что опасения необоснованны. Сама больная, будучи врачом-отоларингологом, наблюдала аналогичные случаи у своих пациентов и проводила среди них разъяснительную психотерапию. Себя же убедить в необоснованности страхов не

могла. Обратилась к гинекологу (зная, что у матери был КС), который поставил диагноз «преклимакс» и рекомендовал обратиться к невропатологу. Последний провел больной амитал-кофеиновое растормаживание, во время которого она проглотила два кусочка хлеба. Однако страх перед глотанием остался, в связи с чем и обратилась в клинику.

Лечение: этаперазин — по 2 мг 3 раза в день, пиразидол — по 25 мг утром и днем; рекомендовано стационарное лечение. Через неделю состояние больной нормализовалось, и она отказалась от госпитализации. Этому, видимо, в какой-то степени способствовала и начавшаяся менструация.

При анализе данного наблюдения можно отметить, что фобический невроз возник у ригидной личности после конкретного случая нарушения глотания. Больная, как врач-оториноларинголог хорошо знакомая с аналогичными ситуациями и возникающими при них симптомами, испытала сильный страх смерти, который зафиксировался, но, к счастью, оказался непродолжительным. Незначительная помощь больной, оказанная на ранних этапах болезни, была достаточно эффективной.

Астенический невроз. В среднем возрасте наблюдается достаточно редко и развивается в условиях длительной психотравмирующей ситуации. Например, у одной пациентки невроз возник в результате изнурительной тяжбы с братом по поводу наследства, у другой — после продолжительного судебного процесса в связи с увольнением с работы.

Астеническая симптоматика: раздражительность, быстрая утомляемость, слабость, тревожные опасения за свое здоровье, нарушения сна (сонливость днем и поверхностный, беспокойный сон ночью, не приносящий чувства бодрости); сопровождается усилением уже имеющихся фоновых климактерических расстройств (редкие приливы, потливость, головокружения, ознобы) или их появлением с началом невроза. Однако вазомоторные нарушения выражены не так сильно, как при климактерическом синдроме, когда астеническая симптоматика сопровождает частые приливы и вегетативно-сосудистые кризы (КС средней и тяжелой степени).

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА НЕВРОЗОВ И ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Анализ клинических особенностей и условий возникновения неврозов в период климактерия, по сравнению с психическими нарушениями в структуре КС, позволил выработать некоторые дифференциально-диагностические критерии.

Климактерический синдром — сложный синдром с полиморфной симптоматикой, возникающий вследствие не только дефицита эстрогенов, но и нарушения адаптивных механизмов в нейроэндокринной системе. Неврозы же — чисто психогенные заболевания, хотя и возникающие на почве климактерических расстройств.

Психические нарушения являются одной из составляющих КС наряду с вегетативно-сосудистыми и обменно-эндокринными расстройствами. Клиника невроза находится в хронологической и смысловой зависимости от психической травмы.

Динамика психопатологической симптоматики в рамках КС в определенной степени зависит от тяжести соматовегетативных нарушений и длительности его течения. Невротические расстройства возникают лишь на фоне климактерических проявлений, непосредственно не зависят от их выраженности, но в силу особенностей клиники невроза могут влиять на динамику соматовегетативных расстройств.

Характер и выраженность психических нарушений при КС определяются не только нейроэндокринными факторами, но и зависят, в определенной степени, от личностных преморбидных особенностей и дополнительного влияния социокультуральных факторов. При неврозах характерологические особенности чаще встречаются в преморбиде больных и в большей степени определяют клиническую картину заболевания.

Склонность КС к длительному затяжному течению зависит от характера и продолжительности гормональной терапии, приводящей в ряде случаев к формированию психологической и физической гормональной зависимости. Психические нарушения были выражены при лечении гестагенами или комбинированными препаратами; в этих случаях сохраняются циклические колебания состояния в виде псевдопредменструального синдрома. Невроз — функциональное расстройство, исход

его определяется в основном психосоциальными факторами и эффективностью применения методов психокоррекции (психотерапия, психотропные средства, иглорефлексотерапия, физиотерапия).

Если у больных КС выявлена генетическая предрасположенность к патологическому течению климактерия и сердечно-сосудистым заболеваниям, то у больных неврозами отмечается определенная отягощенность наследственными психическими заболеваниями и алкоголизмом и, в значительно меньшей степени (по сравнению с больными КС), сердечно-сосудистой патологией.

Наиболее распространенными при КС являются истерические нарушения, но они не достигают такого многообразия и глубины, как при истерическом неврозе, поскольку в рамках КС в основном представляют собой проявление личностной реакции, а при неврозах на фоне климакса — разнообразные конверсионные соматоневрологические расстройства.

Астенические и депрессивные нарушения при КС являются следствием тяжелого течения патологического климактерия, причем депрессивные расстройства носят дистимический характер с оттенком дисфории. В структуре неврозов наиболее представлены невротическая депрессия, истерия, а астенический невроз — редкое явление. Общим для всех невротических и неврозоподобных расстройств является их преимущественное возникновение в период пременопаузы. Однако если психические нарушения при КС всегда сопровождают соматовегетативные нарушения, то невро-

зы могут провоцировать начало климактерической перестройки, т.е. психическая травма в этих случаях запускает параллельно два механизма: невротический и нейрогормональный.

МАНИАКАЛЬНО-ДЕПРЕССИВНЫЙ ПСИХОЗ

Маниакально-депрессивный психоз — заболевание, протекающее в виде маниакальных и депрессивных приступов (фаз). Из приступа больной выходит практически здоровым, без изменений личности и нарушения адаптации, что свидетельствует о достаточно благоприятном прогнозе болезни в целом. У большинства больных наблюдаются только депрессивные фазы, примерно у 5% — только маниакальные (монополярный тип течения), у остальных больных депрессивные приступы чередуются с маниакальными (биполярный тип). Продолжительность приступа различна — от нескольких недель до нескольких месяцев (и даже лет). В практике врача довольно часто встречаются случаи со слабо выраженными депрессивными (субдепрессия) и маниакальными (гипомания) нарушениями, которые квалифицируются как циклотимия и чаще лечатся амбулаторно. У таких больных колебания настроения обычно связаны с воздействием метеорологических факторов и временами года (ухудшение состояния в осеннее и весеннее время).

Гипоманиакальное состояние характеризуется приподнятым настроением, повышенной двигательной и умственной активностью.

Больные находятся в прекрасном расположении духа, веселятся, шутят, ощущают необычайную бодрость, мало спят и много работают. Для людей творческих это самый продуктивный период. В таком состоянии больные не обращаются к врачу и не нуждаются в его помощи. В маниакальном состоянии пациенты субъективно тоже чувствуют себя прекрасно и больными себя не считают, однако окружающим уже становятся заметны изменения в их психическом состоянии и поведении. Повышенное настроение переходит в возбуждение. Многочисленные идеи, возникающие у больных, не претворяются в жизнь или не доводятся до конца за счет повышенной отвлекаемости и легкой переключаемости ассоциаций. Больные переоценивают свои возможности, приписывают себе несуществующие таланты и способности. Повышается половое влечение, которое может реализоваться через беспорядочные половые связи. У больных прекрасный аппетит, но они нередко худеют из-за чрезмерного расходования энергии. В стационар таких больных помещают в тех случаях, когда их поведение носит асоциальный характер (множественные неприкрытые половые связи, растрата денег, неадекватное поведение на работе, в семье и т.п.).

Депрессивное состояние для больных более тягостно, тяжелее переносится, и пациенты обычно сами обращаются за помощью к врачу. Депрессия определяется подавленным настроением, заторможенностью ассоциаций и речедвигательных процессов. Больные жалуются на тоску (душевная боль, щемящее невыносимое ощущение в области сердца, за

грудиной, в эпигастрии), безразличие к близким, окружающим, ко всему, что раньше доставляло радость и удовольствие. Выражение лица печальное, скорбное, на вопросы отвечают односложно, так как «мысли текут туго». Больные заторможены, сидят в одной позе или лежат в постели, не проявляя никакой активности. Будущее кажется бесперспективным, не имеющим смысла. Прошлое рассматривается как цепь неудач и ошибок. Больные считают себя никчемными, несостоятельными, никому не нужными. При выраженных идеях самоуничижения и самообвинения появляются суицидальные мысли, которые нередко претворяются в жизнь с трагическим исходом. Исчезает аппетит, пища кажется безвкусной. Больные теряют в весе до 10—15 кг. У женщин на период депрессии могут исчезать менструации (аменорея). При неглубокой депрессии или на выходе из нее отмечаются характерные суточные колебания настроения: самочувствие хуже с утра, больные просыпаются рано с чувством тоски, тревоги; в первой половине дня бездеятельны, безразличны, а к вечеру настроение и активность обычно несколько повышаются. С возрастом в клинической картине депрессии все большее место занимают тревога (немотивированное беспокойство, предчувствие чего-то плохого, беды, «внутреннее волнение»), что затрудняет проведение дифференциального диагноза с другими заболеваниями, особенно с инволюционной меланхолией. Правда, речь идет только о случаях с поздним началом заболевания.

Маниакально-депрессивный психоз обычно начинается в молодом возрасте. У женщин

колебания настроения впервые появляются с момента наступления менструаций и связаны с менструальным циклом. Перед менструацией, как правило, наблюдаются подавленное настроение, слабость, снижение активности. Первый приступ заболевания часто также развивается на фоне гормональных изменений: после родов, абортов, в период климактерия. Маниакально-депрессивный психоз может манифестировать в возрасте, непосредственно приближающемся ко времени наступления менопаузы. В среднем возраст наступления менопаузы у больных МДП составляет 49,2 года, а средний возраст больных к моменту начала первого приступа равняется 48,6 года, т.е. заболевание возникает до менопаузы.

Психические травмы не играют важной роли в патогенезе МДП, как при неврозах и даже климактерическом синдроме. У некоторых больных психогенная ситуация может предшествовать началу заболевания, но она имеет лишь провоцирующее значение.

В большинстве случаев МДП дебютирует с депрессивной фазы. Только у 10% женщин он начинается с маниакального состояния, но в поле зрения психиатра больные попадают все равно уже в депрессии. В дальнейшем биполярное течение заболевания с выраженными депрессивными и маниакальными приступами отмечается примерно у половины больных. Биполярный тип течения наблюдается у больных, имеющих определенный склад характера до болезни. Это личности либо с гипертимными чертами (всегда приподнятое настроение, высокая активность, энергичность, оптимизм), либо с циклоидными (чередование периодов

подъема и спада настроения и тонуса). Монополярное течение с депрессивными фазами чаще отмечается у личностей с психастеническими чертами (тревожно-мнительные, нерешительные, чрезмерно ответственные, во всем сомневающиеся) и при сочетании тревожности, капризности с властностью, излишней требовательностью и уверенностью в своей правоте, упорством и претензиями на лидерство.

По нашим данным, около 30% больных до болезни обладали «нормальным» характером, т.е. были в меру общительными, активными, отзывчивыми, добрыми.

У большинства больных (около 70%) заболевание начинается на фоне уже имеющейся климактерической дисфункции с клиническими проявлениями в виде приливов, потливости, повышения АД. У другой части больных начавшийся приступ сопровождается нарушением менструальной функции, а после выхода из депрессии эта дисфункция остается или даже усугубляется, в отличие от репродуктивного возраста, когда при выходе из депрессивного состояния менструации становятся регулярными. Другими словами, начало приступа совпадает по времени с наступлением пременопаузы, а что первично, что вторично — сказать трудно. К тому же в ряде случаев весь механизм болезни запускается после психотравмы. Тем не менее бесспорны четкая взаимосвязь и взаимовлияние психического и эндокринного факторов.

Приливы отмечаются примерно у 2/3 больных, потливость — у половины. Частота приливов не более 10 в сутки, включая ночные. АД повышается примерно у каждой чет-

вертой женщины, вегетативно-сосудистые кризы редки. Необходимо отметить, что, будучи в маниакальном или гипоманиакальном состоянии, больные не обращают внимания на вегетативную симптоматику, даже если она выявляется объективно, например покраснением кожи лица во время прилива. Фиксация на своем соматическом состоянии отмечается в субдепрессивном состоянии, в начале или конце приступа. На высоте депрессии приливы, как правило, исчезают и появляются вновь лишь при выходе из нее. Больные же иногда субъективно оценивают выход из депрессии как ухудшение состояния в целом за счет усиления приливов. На самом деле это один из основных прогностических критериев тяжести и продолжительности депрессивных расстройств, т.е. прекращение приливов с наступлением депрессии свидетельствует о ее глубине, а появление приливов — о выходе из депрессивной фазы.

У трех из четырех женщин, заболевающих в период климактерия маниакально-депрессивным психозом, задолго до болезни появляется предменструальный синдром, у некоторых — вместе с наступлением месячных. Такие женщины перед менструацией (в течение 2—4 дней) ощущают беспричинное снижение настроения, слабость, вялость, нежелание что-либо делать, иногда плаксивость. В период пременопаузы предменструальный синдром усиливается, и в его рамках могут появляться сначала потливость, потом приливы и другие соматовегетативные проявления.

В этом отношении показателен следующий пример.

У одной из больных в 13 лет, перед первой менструацией, в течение двух дней отмечались тоска, подавленное настроение. Была уверена, что умрет, поэтому попрощалась со всеми близкими людьми. В дальнейшем таких острых состояний перед менструациями не наблюдалось, но колебания настроения по циклу продолжались всю жизнь. В 48 лет в рамках ПС стало повышаться АД, сначала появилась потливость, потом приливы; депрессивные состояния стали более продолжительными — до 1 недели. С 50 лет менструальный цикл нарушился. Первая задержка менструации на 1 месяц сопровождалась такой же продолжительности депрессией. В дальнейшем депрессивные состояния (от 1 недели до 1 месяца) чередовались с гипоманиакальными. Менопауза — в 51 год. В 53 года (после смерти мужа) развился депрессивный приступ: подавленное настроение, тоска, особенно плохо чувствовала себя с утра. Высказывала идеи собственной никчемности, непригодности, бесполезности. О смерти мужа говорила лишь в начале заболевания, а в дальнейшем была полностью сосредоточена на своем состоянии и анализе прошлых событий. Испытывала потерю аппетита, даже отвращение к пище, похудела на 10 кг. В это время приливы прекратились, а через 3 месяца, с выходом из депрессии, появились вновь. Лечилась антидепрессантами (амитриптилином, френолоном), транквилизаторами. Через год развилось маниакальное состояние: была в приподнятом настроении, спала по 3—4 ч

в сутки, навестила всех родственников и друзей, накупила много ненужных вещей, делала всем подарки. Такое состояние продолжалось около 2 месяцев. Не госпитализировалась. В дальнейшем оставались сезонные колебания настроения. В 59 лет, после ссоры с дочерью, возник второй продолжительный депрессивный эпизод, во время которого находилась в клинике. В это время приливов у больной уже не было, отмечались лишь незначительные подъемы АД (140—150/80—90 мм рт. ст.). Клиническая картина депрессии была аналогична прежней. Через месяц после начала терапии (бефол — до 210 мг, феназепам — 1 мг в день, физиотерапия) больная поправилась и в хорошем, даже слегка приподнятом настроении выписалась из клиники без поддерживающей терапии психотропными средствами.

Это наблюдение демонстрирует общие закономерности динамики симптомов и патологически протекающего климактерия, и психического заболевания (МДП). Характерно, что и первые симптомы КС, и аффективные расстройства появлялись в рамках предменструального синдрома, что, несомненно, представляет большой теоретический интерес в плане разработки патогенетических подходов и практический — для выделения критериев ранней диагностики, прогноза, лечения и профилактики этих расстройств.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЭНДОГЕННОЙ И КЛИМАКТЕРИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИИ

Трудности в диагностике депрессивных состояний возникают в тех случаях, когда депрессия впервые наблюдается в период климактерия. Если в анамнезе у больной уже были подобные эпизоды, диагностических сложностей обычно не возникает. Суммируя вышеизложенное, можно выделить несколько клинических признаков, имеющих диагностическое значение.

Так, для больных МДП характерна наследственность, отягощенная психической патологией, а у больных климактерическим синдромом с депрессивными нарушениями выявлена генетическая предрасположенность к патологическому течению климактерия. Если с нарастанием тяжести эндогенной депрессии приливы исчезают и появляются вновь при выходе из депрессивного состояния, то при климактерической депрессии отмечается другая закономерность: депрессивная симптоматика усиливается с нарастанием тяжести климактерических вегетативно-сосудистых расстройств и, в частности, приливов. Для больных МДП характерны нарушение засыпания (из-за тревоги, болезненных переживаний), раннее пробуждение и утрата чувства сна, а для больных с климактерической депрессией — поверхностный сон с частыми пробуждениями из-за ночных приливов жара и сильной потливости. Во время депрессивной фазы МДП в утренние часы обычно отмечается ухудшение состояния, а к вечеру больные чувствуют себя луч-

ше. При климактерической депрессии состояние ухудшается к вечеру.

При эндогенной депрессии наблюдаются снижение аппетита, потеря вкусовых ощущений, похудание; при климактерических расстройствах — извращение вкусовых ощущений, непереносимость определенных запахов, непреодолимое желание к употреблению некоторых продуктов питания (как у беременных), неизменный или повышенный аппетит, прибавка в весе.

У депрессивных больных при МДП обычно притупляются все желания и влечения, в том числе и половое. У женщин, страдающих КС, либидо остается без изменений или повышается. Повышение полового влечения обычно происходит у тех пациенток, для которых был характерен его подъем в предменструальные и менструальные дни до наступления климактерия. Кроме того, для клинической картины эндогенной депрессии характерны идеи самообвинения и самоуничижения и суицидальные мысли, в отличие от ипохондрической настроенности и страха смерти при КС.

Правильная диагностика депрессивных состояний необходима в целях проведения адекватной терапии (см. гл. 6).

ИНВОЛЮЦИОННАЯ МЕЛАНХОЛИЯ

Как уже упоминалось выше, не все клиницисты признают инволюционную меланхолию как самостоятельную нозологию. Часть психиатров считают, что это не что иное, как вариант МДП с поздним началом и клиническими

особенностями, вообще характерными для пожилого возраста. Однако наши наблюдения показывают, что депрессивная фаза МДП, начавшегося в период климактерия, и приступ инволюционной меланхолии имеют определенные различия как по отношению к менопаузе, так и в клинической картине заболевания, его динамике и исходе.

Инволюционная меланхолия, в отличие от МДП, развивается не на фоне климактерических нарушений, в пременопаузе, а в постменопаузе, когда гормональная перестройка подходит к концу. Средний возраст наступления менопаузы такой же, как и при МДП (49 лет), однако явления пременопаузы наблюдаются редко. Приливы, как правило, появляются после менопаузы, а к моменту начала заболевания практически исчезают. По нашим наблюдениям, приливы с наступлением менопаузы отмечались у 2/3 женщин; такие симптомы, как потливость, сердцебиение, головокружение, ознобы — у 20—30%. Основными жалобами такого рода больных являются различные ощущения болевого (алгии), гиперэстетического (повышение чувствительности) и сенестопатического (неприятные, тягостные ощущения) характера: чувство жжения в языке, в области гениталий, ощущение сжатия или давления в груди, под ложечкой, неприятные ощущения в полости рта (часто связанные со вставными зубами) и т.д. Больные фиксируются на своих ощущениях, становятся более тревожными.

Клиническая картина инволюционной меланхолии характеризуется тревожной депрессией с беспокойством, суетливостью, опасени-

ями за свое здоровье, возможными сверхценными и бредовыми ипохондрическими идеями. Больные убеждены в наличии у них неизлечимого соматического заболевания (рак, инфаркт, непроходимость кишечника и т.п.), что при объективном обследовании не подтверждается.

В некоторых случаях болезненные переживания принимают крайние формы отрицания функционирования отдельных органов и целых систем: «стынет кровь», «гниет желудок», «разложился и не работает кишечник», «не выделяется моча, нет стула». Могут присоединяться бредовые идеи осуждения, разорения, обнищания, доходящие порой до фантастических грандиозных масштабов: «все гибнет», происходит «всеобщая катастрофа», «конец вселенной». Иногда больные считают, что во избежание жутких мучений во время этих катастроф лучше заранее покончить с жизнью. Больная может совершить суицид в состоянии так называемого меланхолического возбуждения (раптуса) — мрачно-боязливого возбуждения с растерянностью, безысходностью, когда она мечется, повторяет одни и те же слова, не может найти выхода из ситуации.

Инволюционная меланхолия отличается длительным течением. Приступ болезни — единственный в жизни, но может продолжаться от нескольких месяцев до 5—6 лет. Возможно полное выздоровление, особенно при своевременном и правильном лечении. С назначением терапии заболевание довольно часто принимает волнообразное течение: улучшения состояния на фоне лечения чередуются с

его ухудшениями при отмене препаратов или отказе от их приема. Декомпенсации состояния способствуют и психические травмы, и соматические болезни, и социальные проблемы. Иногда в течение многих лет наблюдается монотонная тревога, фиксация на состоянии своего здоровья, снижение активности в плане поддержания внешнего вида, устройства быта, общения с окружающими. Случаи злокачественного течения заболевания при нарастающих симптомах общего истощения в настоящее время крайне редки. В целом же прогноз благоприятный.

Приведем следующее наблюдение.

Больная Р., 53 года, вдова, работает лаборантом.

Из анамнеза. Наследственность: психическими и климактерическими расстройствами не отягощена. Образование 7 классов. В настоящее время живет одна в коммунальной квартире, так как 10 лет назад выехала из квартиры свекрови, где раньше жила с мужем.

Перенесенные заболевания: свинка, скарлатина, ангины. Других соматических заболеваний не было.

По характеру ответственная, обстоятельная, ригидная, педантичная. В последние годы стала тревожной, более застреваемой, обидчивой.

Менструации с 14 лет, по 2—3 дня, были регулярными до 39 лет. Замуж вышла в 23 года, брак оказался неудачным и вскоре распался. Второй брак — с 33 лет, через 6 лет муж скончался от инфаркта

миокарда. Беременностей 4, абортов 3, роды 1 в 24 года. Дочь, 28 лет, здорова.

В 39 лет одновременно пережила 2 психические травмы: внезапно скончался муж и забеременела 15-летняя дочь. У больной прекратились месячные и больше не появлялись, т.е. наступила преждевременная менопауза, которая, однако, до 45 лет никакой симптоматикой не сопровождалась. С 45 лет начались приливы, потливость, в связи с этим нарушился сон. Приливы были нечастыми, поэтому к врачам не обращалась. Через 1—1,5 года приливы прекратились.

В течение многих лет после смерти мужа конфликтовала со свекровью из-за квартиры, в результате чего вынуждена была выехать в коммунальную квартиру. После смерти свекрови продолжала борьбу за квартиру с братом мужа, который был там прописан.

Заболела с лета 1989 г. (в 52 года), без видимой причины (кроме обычных конфликтов с родственниками мужа). Снизилось настроение, стала плаксивой, тревожной, нарушился сон. Стала с трудом справляться с работой, запустила домашнее хозяйство. Сотрудники заметили ухудшение ее состояния, проконсультировали с невропатологом. По его рекомендации принимала амитриптилин в малых дозах (до 1 таблетки); несколько улучшился сон. Однако настроение оставалось подавленным. На работе была тревожной, суетливой, переставляла с места на место приборы, а необходимую работу не выполня-

ла. Перестала следить за своей внешностью, что ей совершенно не было свойственно. В сопровождении сотрудников была доставлена в клинику на консультацию (19.02.90 г.).

Психический статус. На приеме: больная небрежно одета, плохо причесана, не пользуется косметикой. Настроение снижено, тревожна. Все время что-то перебирает в руках. Во время беседы плачет. Обвиняет в своем состоянии родственников мужа; это они «довели» ее до болезни. Пытается связать свое состояние с ранней менопаузой, отсутствием половой жизни с 39 лет (хотя испытывала повышенное половое влечение, но «из-за строгого характера» не вступала в контакты с мужчинами). Просит помощи, так как оценивает свое состояние как «не совсем нормальное».

Лечение: пиразидол — по 25 мг утром и днем, френолон — по 5 мг утром и днем, амитриптилин — 25 мг на ночь, ноотропил — по 0,4 г утром и днем. Через 2—4 недели состояние стало улучшаться, а затем постепенно нормализовалось. Дозы препаратов были снижены до поддерживающих: френолон — 5 мг, пиразидол — 50 мг, амитриптилин — 12,5 мг на ночь.

08.05.90 г. Настроение хорошее. Со вкусом одета, причесана. Жалоб не предъявляет. Не хочет вспоминать прошлое. С работой справляется, занимается воспитанием внуков. Лекарств, кроме амитриптилина (1/2 таблетки на ночь), не принимает.

Это наблюдение показательно тем, что, во-первых, менопауза наступила в молодом возрасте после сильной психотравмы. Для матери со «строгим, справедливым» характером была чрезвычайно значимой не столько смерть мужа, сколько беременность дочери. Климактерическая симптоматика в виде приливов и потливости возникла лишь 6 лет спустя, в возрасте возможной менопаузы. Однако в целом период климактерия протекал не тяжело, не считая заострения преморбидных черт личности. Заболевание началось в 52 года, когда уже миновали симптомы климактерия, и характеризовались тревожно-депрессивной симптоматикой со сверхценными идеями обвинения, суетливостью, снижением трудоспособности, беспокойством за свое здоровье и будущее. Не было выявлено ни тоски, ни идей самообвинения, ни суицидальных мыслей, ни суточных колебаний настроения, ни снижения полового влечения, характерных для депрессивной фазы МДП. Поэтому перенесенный аффективный приступ, продолжавшийся более полугода, был квалифицирован как инволюционная меланхолия.

Суммируя изложенное, необходимо отметить, что, помимо различий в клинической картине, существуют различия во времени начала заболевания и динамике состояния по отношению к проявлениям климактерия. Если дебют МДП приходится на период, непосредственно примыкающий к менопаузе (чаще в пременопаузе и перименопаузе), то инволюционная меланхолия — заболевание более позднего возраста, периода завершения нейроэндокринной перестройки, так называемой

«поздней постменопаузы», когда начинают развиваться уже «хронические менопаузальные симптомы», такие, как остеопороз, атеросклероз, что свидетельствует о приближающейся старости. Если при МДП потеря или снижение полового влечения вызваны эндогенной депрессией и уменьшением всех влечений, то нарушение либидо при инволюционной меланхолии может быть связано с развившимся атрофическим вагинитом. Если МДП развивается на фоне характерных климактерических вегетативно-сосудистых расстройств, являющихся своеобразной почвой для возникновения ипохондрической фиксации, то инволюционная меланхолия чаще начинается тогда, когда острота климактерических нарушений спадает, а почвой для развития ипохондрической симптоматики становятся развившиеся к тому времени соматические заболевания или сенестопатии. Появление «предвестников» вазомоторных и аффективных нарушений в структуре ПС характерно для больных МДП, а у больных инволюционной меланхолией, как и в популяции, в предменструальном периоде заостряются личностные особенности.

ОСОБЕННОСТИ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЕМ У ЖЕНЩИН В ПЕРИОД КЛИМАКТЕРИЯ

Общее представление об алкоголизме

Спиртные напитки, как известно, употребляются по разным поводам и в связи с различными мотивами. Это может быть связано с

культуральными и религиозными факторами (обряды, традиции, ритуалы), социальными (микроклимат в семье, на работе, воздействие психотравмирующих факторов и т.п.) и личностными (непосредственной предрасположенностью человека к употреблению спиртного). Еще Джек Лондон в книге «Джон – ячменное зерно» писал, что вино пьют по самым разным поводам: «Они пьют, празднуя удачу, а если удачи пока нет, пьют за удачу в будущем. Если же постигла неудача, пьют, чтобы ее забыть. Они пьют при свидании друг с другом и пьют, когда поссорятся и потеряют друг друга. Если любовь увенчалась счастьем, тут же сам Бог велел выпить! А если нет, то это тем более повод напиться. В периоды бездеятельности они видят свое спасение в пьянстве: тогда и энергия появится, и инициатива. В трезвом состоянии их тянет пить, а когда напьются, хочется еще».

Отношение к алкоголю как к непременному спутнику радостного или торжественного события прослеживается с древних времен — это обычай пить в компании, по праздникам и торжествам. Однако часто спиртные напитки употребляют, чтобы «забыться», уйти от житейских забот, от неприятностей, от самих себя. Джек Лондон писал: «Древние греки верили, что вино придумали боги, чтобы смертные нашли в нем забвение». И действительно, одной из причин, по которой алкоголь так прочно вошел в наш быт и занял в нем столь значительное место, является его психотропный эффект. Он оказывает транквилизирующее (успокаивающее), доходящее, в зависимости от дозы и переносимости, до выражен-

ного седативного и снотворного эффекта, релаксирующее (снимающее напряжение, расслабляющее) и эйфоризирующее (повышающее настроение) действие. Потребность в достижении этих эффектов есть у многих людей как в определенных жизненных ситуациях, так и при различных патологических состояниях, например у лиц, страдающих неврозами депрессиями, плохо адаптированных в обществе, работающих в условиях физических и эмоциональных перегрузок. Другими словами, алкоголь принимают как лекарство, средство для избавления от неприятного состояния и комплексов, для повышения тонуса, настроения, улучшения контактов с окружающими.

Систематическое употребление алкоголя может привести к развитию болезни — алкоголизма — с определенными психическими и соматическими проявлениями. Среди женщин алкоголизм распространен в меньшей степени, чем среди мужчин, что в какой-то мере связано с исторически сложившейся нетерпимостью общества к женскому пьянству. Поэтому женщины часто скрывают свои алкогольные проблемы от близких и окружающих (пока могут), употребляя спиртные напитки в кругу подруг или в одиночку. Распространенное среди врачей мнение, что чаще пьют малообразованные женщины, несправедливо, так как женщины высокообразованные и с высоким интеллектом попросту более тщательно скрывают пристрастие к спиртному (или наркотикам в случае наркомании), пока оно не станет очевидным для всех. Женщины обращаются за помощью к врачам на поздней стадии алкоголизма, когда уже выражены изменения лич-

ности в плане снижения нравственности, моральной деградации.

Встречаются случаи семейного алкоголизма, когда муж вовлекает в этот процесс жену, а затем и детей.

В последние годы отмечается значительный рост алкоголизма, в том числе и женского. В основном алкоголизмом страдают женщины среднего возраста, от 35 до 50 лет, хотя он встречается и у девушек и молодых женщин. Существуют общие закономерности развития алкоголизма. Кратко охарактеризуем их, чтобы легче было понять особенности формирования этого недуга у женщин.

Алкоголизм в своем развитии проходит 3 стадии. Уже на первой стадии появляется непреодолимое влечение к алкоголю с потерей количественного контроля, т.е. человек не может вовремя остановиться, утрачивает чувство меры. При регулярном приеме спиртных напитков нарастает их переносимость (толерантность), т.е. для достижения определенной степени опьянения требуется все больше алкоголя.

На второй стадии толерантность достигает максимальной величины (до 1—2 л водки в день). Формируется похмельный (абстинентный) синдром, который выражается целым комплексом симптомов: повышение АД, покраснение лица, склер, сердцебиение, потливость, дрожь в теле, тремор конечностей, особенно рук, слабость, разбитость, нарушения сна. У некоторых бывают боли в животе, потеря аппетита, тошнота, рвота, понос и т.д. С течением времени к физическим проявлениям похмелья присоединяются и психопато-

логические симптомы: плохое настроение, тревога, страх, раздражительность, чувство собственной виновности, поверхностный сон с кошмарными сновидениями. Прием спиртного значительно облегчает состояние. На второй стадии алкоголь употребляют либо практически ежедневно в течение многих лет, либо периодически в виде запоев различной продолжительности, от нескольких дней до месяца.

На третьей стадии алкоголизма переносимость алкоголя снижается. Опьянение возникает от меньших, чем ранее, доз спиртного. Многие больные вместо водки начинают употреблять более слабые напитки (крепленые вина). Пьют понемногу, но часто, чтобы постоянно поддерживать состояние опьянения. Формируется алкогольный характер с заострением всех эмоциональных реакций, появлением слабодушия, особенно в состоянии опьянения. Вместе с тем происходит эмоциональное огрубление личности (эгоизм, безразличие к жене, мужу, детям), утрачивается чувство долга, ответственности. Все внимание сосредоточивается только на одном — как и где достать спиртного, любыми средствами, без учета этических норм поведения в обществе и семье. Утрачивается ситуационный контроль, т.е. пьянство приобретает все более открытый характер. Алкоголик уже не скрывает от окружающих своего стремления к выпивке, пьет в любой, даже не подходящей для этого обстановке. Сосредоточение всех интересов на выпивке, плоский алкогольный юмор, цинизм, утрата всех моральных качеств — таков портрет алкоголика. Еще более непристойно вы-

глядит поведение женщин, злоупотребляющих алкоголем. Им становится безразлична семья, утрачивается чувство любви и долга по отношению к детям, появляется неразборчивость в сексуальных связях.

Помимо психических изменений, у больных алкоголизмом нарушаются функции внутренних органов. Для ранних стадий алкоголизма более характерны такие заболевания, как травмы, сердечно-сосудистые расстройства, язвенная болезнь, для более поздних — цирроз печени, полиневриты, мозговые нарушения. При этом если у мужчин в целом чаще развиваются сердечно-сосудистые заболевания, то у женщин — заболевания желудочно-кишечного тракта (панкреатит, гепатит, холецистит, гастрит).

Возможные пути развития алкоголизма в климактерии

Употребление алкоголя, как уже отмечалось, может быть связано с наличием различных психопатологических состояний. Используя психотропное, например успокаивающее, действие спиртного, больная (или больной) стремится избавиться от тех или иных неприятных симптомов: подавленного настроения, раздражительности, напряжения, тревоги, нерешительности и т.п.

В процессе изучения женщин, страдающих психическими расстройствами климактерического периода, была выявлена группа пациенток, эпизодически или систематически злоупотребляющих алкогольными напитками. Все

женщины принимали алкоголь с целью облегчения своих страданий, обусловленных вегетативными и психическими нарушениями.

Для выяснения причин, условий и возможных путей формирования алкоголизма у женщин в этот период была обследована группа женщин среднего возраста, поступивших в клинику на лечение с диагнозом «хронический алкоголизм». Необходимым условием отбора больных являлось наличие у них климактерия (пременопаузы или постменопаузы). Оказалось, что алкоголизм сопутствовал различным психическим расстройствам, таким, как климактерический и посткастрационный синдром, невротическая депрессия, депрессивная фаза МДП, инволюционная меланхолия. В результате подробного обследования, изучения анамнеза и симптоматики заболевания, а также лечения и дальнейшего наблюдения были выявлены определенные закономерности злоупотребления алкоголем у женщин этой группы.

Установлено, по крайней мере, два пути формирования алкоголизма. При первом, в большей степени связанном с эндогенными и биологическими факторами, употребление алкоголя находится в непосредственной зависимости от цикличности процессов в организме женщины. Обычно алкоголизм начинает формироваться за несколько лет до менопаузы, как правило, в период пременопаузы, когда появляется климактерическая гормональная дисфункция и усиливаются проявления предменструального синдрома. В рамках ПС появляются такие соматовегетативные нарушения, как потливость, приливы, повышается АД, что

само по себе представляет определенный дискомфорт для женщины. Вегетативно-сосудистые кризы сопровождаются тревогой, страхом за свое здоровье. Настроение в эти дни подавленное, с оттенком дисфории (раздражительность, злобность, агрессивность, недовольство окружающими, особенно детьми, мужем). Употребление алкоголя в определенной степени облегчает это состояние, улучшает сон. Прием спиртного в «лечебных» целях сначала наблюдается только в дни, соответствующие предменструальному синдрому, что способствует, тем не менее, возникновению запоев. В дальнейшем временное облегчение состояния после приема алкоголя все чаще чередуется с его ухудшением на следующий день, т.е. формируется абстинентный (похмельный) синдром. Таким образом, употребление спиртных напитков из эпизодического переходит во все более систематическое и в итоге приводит, наряду со становлением климактерического синдрома, к алкоголизму. Такой механизм алкоголизации обычно наблюдается у женщин с тяжелым течением климактерия, естественного и искусственного (постоперационного). Необходимо отметить, что у некоторых больных с выраженным нарушением влечений в период климактерия, кроме запоев, могут возникать приступы «обжорства», особенно сладкими продуктами (конфетами, шоколадом, тортами). Некоторые женщины с помощью чрезмерного насыщения желудка пытаются бороться с непреодолимым влечением к алкоголю. Ощущение сытости на некоторое время успокаивает их, а затем желание выпить появляется вновь. Часто женщина начинает курить

или значительно увеличивает число выкуриваемых за день сигарет (например, до 1—2 пачек в день, если раньше выкуривала до 5 сигарет), злоупотребляет крепким чаем, кофе. Если курение чаще используется для успокоения, то кофе и чай — в целях стимуляции активности и трудоспособности.

В других случаях еще в преморбиде (до заболевания) у женщин отмечаются колебания настроения, связанные с менструальным циклом. Они принимают алкоголь, чтобы избавиться от подавленного настроения, сопровождаемого тоской, тревогой, мыслями о безысходности и бесперспективности будущего. В похмелье состояние еще более ухудшается, иногда возникают суицидальные мысли, а это снова заставляет употреблять спиртное, что в итоге тоже нередко ведет к запою. Перед менопаузой, когда нарушается менструальный цикл, колебания настроения сохраняются по типу псевдопредменструального синдрома и сопровождаются запоями. Периодически возникающие запои сохраняются у некоторых больных и после менопаузы, а также у женщин, перенесших операцию гистерэктомии. В случаях же выраженных вегетативно-сосудистых нарушений злоупотребление алкоголем с приближением наступления менопаузы принимает, как правило, систематический характер, что побуждает женщин обращаться за помощью к врачу.

Для подтверждения изложенного приведем наблюдение.

Больная Л., 40 лет, служащая, замужем.

Из анамнеза. Наследственность: мать погибла в 53 года (до гибели сохранялись

месячные). Родители развелись, когда больной было 13 лет. Младшая сестра здорова.

Росла здоровой. В школе училась хорошо, занималась общественной работой. С 14 лет работала на заводе, окончила вечернюю школу, а затем вуз.

По характеру общительная, активная, «лидер», принципиальная, упрямая.

Менструации с 14 лет, по 2—3 дня, через 28 дней, безболезненные. Замужем с 18 лет, брак неудачный, «без любви». Муж злоупотребляет алкоголем.

Беременностей 16, роды 1, абортов 15. Последний аборт в 33 года, сопровождался сильным кровотечением. Через 4 месяца после аборта был выявлен плацентарный полип. Больная была оперирована под наркозом (сомбревин), сопровождавшимся анафилактическим шоком. Прекратились менструации. Спустя 3 месяца в метро впервые развился приступ, во время которого ощутила «горячую волну», поднимающуюся «от живота вверх к шее и голове», сердцебиение, чувство нехватки воздуха. Это состояние сопровождалось таким сильным страхом, что больная пыталась открыть двери, а затем, когда поезд остановился на станции, бросилась вверх по эскалатору. Такие приступы стали повторяться примерно 1 раз в месяц.

Еще с 19 лет (после родов) у больной появился ПС: за 2—3 дня перед менструацией возникали слабость, раздражительность, снижение работоспособности, плаксивость. В 1983 г. была обследована во ВНИЦ по охране здоровья матери и ребен-

ка. Диагноз: гипоталамический синдром; нарушение функции яичников; выраженный ПС; множественная миома матки; киста левого яичника. В течение 2 лет, по рекомендации гинеколога-эндокринолога, пыталась принимать гормональные препараты (премарин, парлодел). Возникали менструальные кровотечения, однако приступы усиливались и учащались, настроение становилось более подавленным, с тревогой, страхом, особенно в дни перед менструацией. В связи с этим была направлена в клинику, в течение 2 месяцев принимала транквилизаторы, этаперазин. Состояние несколько улучшилось, но оставался страх перед метро. Избегала метро, не пользовалась подземными переходами. С 1984 г. для купирования тревоги и страха и улучшения общего самочувствия стала употреблять небольшие дозы алкоголя. Тяги к спиртному не было, пила «исключительно из терапевтических целей», так как и ранее замечала, что прием спиртного, особенно перед менструацией, облегчает самочувствие. С 1986 до 1988 г. состояние несколько улучшилось. Приступы наблюдались 1 раз в месяц, но не сопровождались таким сильным страхом. Иногда «для профилактики» прибегала к приему спиртного.

Состояние резко ухудшилось с октября 1988 г. после операции надвлагалищной ампутации матки, удаления правого яичника и резекции левого (по поводу миомы матки и кисты яичника). Усилились приливы, участились приступы тахикардии и страха. Снова стала бояться ездить в тран-

спорте, не ходила в кино, театр. Приступы возникали практически ежедневно. С этого времени начала употреблять алкоголь, пила чаще, чем раньше, и принимала бóльшие дозы. Развился похмельный синдром с усилением вегетативных проявлений, повышением АД, тремором рук, подавленным настроением. Вынуждена была опохмеляться. Больная поняла, что стала зависима от алкоголя, испугалась, что может «потерять лицо», лишиться престижного положения, поэтому обратилась за помощью в клинику.

Психический статус. Больная с готовностью вступает в беседу, очень волнуется, на глазах появляются слезы. Лицо покрывается красными пятнами, голос дрожит. Жалуется на приступы интенсивного страха, возникающего как спонтанно, так и при нахождении в замкнутых пространствах (закрытые помещения, лифты, вагоны метро). Отмечает, что раньше страхом сопровождался приступ сердцебиения, удушья, часто с повышением АД и обильным мочеиспусканием в конце его. В последнее время страх возникает в соответствующей обстановке сам по себе и временами принимает витальный панический характер. Постоянно находится в тревожном ожидании приступов. Алкоголь в таких ситуациях действует успокаивающе, снимает тревогу и страх, позволяет отвлечься от болезненных переживаний, улучшает физическое состояние. Однако наутро состояние резко ухудшается: повышается АД, появляется сильная потливость, становятся

более выраженными и частыми приливы; настроение подавленное, с мыслями о собственной виновности, «распущенности», безвольности. Попытки «взять себя в руки», самостоятельно отказаться от приема спиртного не увенчались успехом. Больная понимает болезненный характер своих страхов и связанного с ними злоупотребления алкоголем.

Объективно: больная повышенной упитанности (за время болезни прибавила в весе 25 кг). Приливы с выраженной потливостью до 10 раз в сутки. АД 150/100 мм рт. ст. Сердце: тоны приглушены, акцент II тона над аортой. Отмечается склонность к задержке жидкости, проявляющаяся циклически. В дни предполагаемых месячных вес тела увеличивается на 1,5—2 кг, появляются пастозность на лице, отечность конечностей. В эти же дни усиливаются приливы и ухудшается психическое состояние (подавленное настроение, тревога, страх).

Лечение: в основном психотропными средствами: седуксен — по 10 мг 3 раза в день, амитриптилин — по 6,25 мг 3 раза в день, семап — по 20 мг 2 раза в неделю, радедорм — 5 мг на ночь; регулярная разъяснительная психотерапия, электросон.

В результате лечения исчезли вегетативные приступы, приливы, нормализовалось АД (без применения гипотензивных препаратов), значительно уменьшились страхи. Больная снова стала пользоваться всеми видами транспорта, но в метро спускалась только в сопровождении. Влечения к алкоголю не испытывает, поэтому специально-

го противоалкогольного лечения не проводилось. Через полтора месяца после пребывания в клинике выписана на поддерживающее лечение: седуксен — по 2,5 мг 3 раза в день, семап — 10 мг в неделю, радедорм — 5 мг на ночь.

Катамнез (через полгода). После выписки из клиники в течение месяца регулярно принимала лекарства, а затем стала пользоваться ими только в дни предполагаемых месячных, когда наблюдалось ухудшение самочувствия. Алкоголь не употребляет.

Данный случай показателен тем, что злоупотребление алкоголем было обусловлено привыканием к нему как к лечебному средству, найденному эмпирическим путем. Циклический характер употребления спиртного соответствовал цикличности нейроэндокринных процессов в организме женщины, а эпизоды алкоголизации совпадали по времени с предменструальным периодом. Алкоголь использовался как успокаивающее и вегетативно-стабилизирующее средство. Применение гормональных препаратов с целью нормализации менструального цикла приводило к учащению гипоталамических кризов и снижению настроения, тем самым косвенным путем способствуя поиску новых средств для улучшения состояния. Именно в этот период больная стала систематически использовать спиртные напитки «в терапевтических целях», чему благоприятствовали и некоторые социальные предпосылки: алкоголизация мужа и эпизодическое употребление спиртного в его компании.

Утяжеление вегетативно-сосудистых и пси-

хических расстройств после операции удаления матки, правого яичника и резекции левого привело к систематическому употреблению алкоголя и формированию абстинентного синдрома. Применение психотропных средств с целью повышения настроения, снятия тревоги и страха, стабилизации вегетативных явлений в данном случае было эффективно и в плане ликвидации почвы для злоупотребления алкоголем.

Вторую группу составляют женщины, прибегающие к приему спиртного с целью заглушить большое горе (смерть единственного ребенка, гибель мужа, внезапный развод). В этих случаях на фоне имеющей место или начавшейся после психической травмы климактерической дисфункции возникает невротическая или реактивная депрессия. Больные начинают пить, чтобы подавить душевную боль, «забыться», не некоторое время уйти от проблем, большей частью в компании пьющего мужа или близких друзей. Алкоголизация сразу принимает систематический характер. Спиртные напитки употребляют как успокаивающее средство, позволяющее избавиться, «отрешиться» от причиняющей боль действительности.

Похмельного синдрома как такового практически не бывает. Однако в результате регулярного приема спиртных напитков, даже в небольших дозах, ухудшается общее состояние: усиливаются приливы, повышается АД, появляются боли в сердце, нарушаются обменные процессы, наблюдаются снижение тургора кожи, появление морщин, ускорение процессов старения. Женщины обращаются к

врачу не по поводу пьянства, а в связи с «климаксом», «неврозом». Клиническая картина невроза при этом обычно выражается депрессивной симптоматикой.

По этому же механизму, только без предшествующей психогении, может возникать злоупотребление алкоголем при других депрессивных состояниях, как депрессивная фаза МДП, инволюционная меланхолия.

В таких случаях обычно диагностируется симптоматический алкоголизм, основой которого является психическое заболевание. С выздоровлением от основной болезни женщины и сами могут прекратить пьянство, но, к сожалению, не всегда.

Коротко опишем один случай.

Больная Ф., 58 лет, проживает в Московской области, работает бухгалтером.

Из анамнеза. Окончила 8 классов, бухгалтерские курсы. Работает по специальности. Живут с мужем вдвоем. Муж злоупотребляет алкоголем.

Перенесенные заболевания: детские инфекции, варикозное расширение вен нижних конечностей. По характеру общительная, трудолюбивая, добросовестная, с возрастом стала тревожной, мнительной.

Менструации с 11 лет, цикл был регулярным до 50 лет. В 51 год — менопауза. Беременностей 3, родов 2, аборт 1.

Наступление менопаузы сопровождалось приливами с потливостью, нарушением сна. Переносила это как должное, к врачам не обращалась. В течение 2—3 лет приливы постепенно практически исчезли. В 56 лет

снизилось настроение, появилась постоянная тревога, беспокоилась «по мелочам». Нарушился сон. С трудом справлялась с работой и домашними обязанностями. Выпивая однажды вместе с мужем, заметила, что настроение повысилось, «прибавилось сил», ночью хорошо спала. Больная и раньше «любила выпить» и от застолья «никогда не отказывалась», а теперь стала регулярно принимать алкоголь, особенно водку, так как она «быстрее и сильнее действует». Последний год ежедневно выпивала по 0,25 л водки (или самогона). По утрам не опохмелялась, но вынуждена была принимать алкоголь в течение дня — иначе «не было сил что-либо делать». («Выпью немного и иду работать на огород».) На работу в нетрезвом виде не ходила, скрывала пристрастие к спиртному от окружающих. В клинику поступила по инициативе детей.

Психический статус. Охотно вступает в беседу. Жалуется на плохое настроение, внутреннее беспричинное беспокойство, бессонницу, отсутствие аппетита. Во время беседы тяжело вздыхает, поглаживает руками колени, теребит край халата. Выражение лица тревожное. Со смущением рассказывает о злоупотреблении алкоголем, при этом плачет. Оправдывает свою алкоголизацию тем, что употребляла спиртное в целях облегчения состояния и повышения работоспособности. В отделении проводит время в кругу больных, часто обращается к персоналу с жалобами на состояние здоровья, ищет сочувствия и поддержки. Просит врачей о помощи.

При обследовании терапевтом выявлены алкогольный жировой гепатоз, нормохромная анемия, варикозное расширение вен нижних конечностей.

Лечение: дезинтоксикационная терапия, гемостимулин (по 1 табл. 3 раза в день — 2 недели), ноотропил — по 5,0 мл внутримышечно N. 10, далее по 0,4 г утром и днем, пиразидол — по 50 мг 3 раза в день.

Постепенно состояние больной нормализовалось, исчезла тяга к спиртному. Выписана на поддерживающее лечение пиразидолом (50 мг), реланиумом (5 мг на ночь).

В отличие от большинства наблюдений, в которых формирование алкоголизма происходило в пременопаузе, на фоне раннего климактерия с выраженными вегетативно-сосудистыми расстройствами или вследствие дополнительного воздействия психической травмы, в данном случае пристрастие к спиртному сформировалось в период постменопаузы, когда приливы уже закончились и спонтанно возникло состояние, квалифицированное как инволюционная меланхолия. Алкоголизм был симптоматическим, но для его появления имелись необходимые предпосылки (алкоголизм мужа и «любовь» к спиртному со стороны самой больной).

Клинические наблюдения показывают, что в большинстве случаев злоупотребление алкоголем в период климактерия носит сугубо симптоматический характер. Однако длительность и систематичность алкоголизации приводит к возникновению непреодолимого вле-

чения к спиртному, абстинентному синдрому, потере контроля над количеством выпитого и поведением, т.е. к формированию алкоголизма.

Клинические наблюдения свидетельствуют и о том, что существуют тесная взаимосвязь и взаимовлияние менструальной функции и алкоголизации. С одной стороны, у женщин, злоупотребляющих алкоголем с молодого возраста, нарушения менструальной и репродуктивной функции обычно возникают рано. Менструальный цикл становится нерегулярным, скудные менструации чередуются с обильными кровотечениями. Бесконтрольно возникающие беременности приводят к рождению никому не нужных детей, к тому же с пороками развития и дефектами. В свою очередь, ранняя гормональная дисфункция завершается ранней менопаузой, иногда в 39—40 лет.

С другой стороны, патологическое течение климактерия, вызванное различными причинами, создает благоприятную биологическую почву для формирования злоупотребления алкоголем, клинически представленную обильными вегетативно-сосудистыми нарушениями, невротическими реакциями, дисфориями, депрессиями.

Реализации стремления женщин к алкоголизации способствуют и определенные социальные факторы. Это одиночество, семейная и бытовая неустроенность, работа в учреждениях торговли и общественного питания. Наличие алкоголизма у мужа и алкогольных традиций среди ближайшего окружения — также одно из важных условий, влияющих на выбор

средства для успокоения. Алкоголизм чаще формируется у лиц с психопатическим складом характера, преимущественно с истерическими, циклоидными и сенситивными чертами, а также при наличии наследственной отягощенности этим недугом.

Все сказанное позволяет считать, что биологические предпосылки (наследственная предрасположенность, преморбидные особенности личности, эндокринные сдвиги климактерического периода) повышают восприимчивость женского организма к воздействию средовых и психогенных факторов, значимых для формирования алкоголизма.

ГЛАВА 6

ТЕРАПИЯ И ПРОФИЛАКТИКА ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО ПЕРИОДА

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ

Как известно, одним из основных принципов медицины является постановка диагноза перед началом лечения. Важность этого положения не может быть преувеличена и при лечении женщин в период климактерия, так как и психические, и соматические нарушения неоднородны и имеют разное происхождение. Если приливы и потливость обусловлены дефицитом эстрогенов, то вегетативно-сосудистые кризы являются следствием более сложной нейроэндокринной разбалансировки, связанной не только с климактерием, но и с другими патогенными факторами (например черепно-мозговыми травмами, нейроинфекциями). Психические нарушения могут быть составной частью климактерического и посткастрационного синдромов или представлять собой самостоятельные психические заболевания, такие, как неврозы, маниакально-депрессивный психоз, инволюционная меланхолия.

Различные подходы к диагностике психических расстройств предполагают и различие принципов их терапии. Однако есть и общее свойство всех психопатологических состояний этого периода — наличие в той или иной

мере климактерических соматовегетативных проявлений, что определяет общность подхода к лечению этих расстройств, а именно: воздействие на вазомоторные симптомы, и прежде всего приливы.

С этой целью широко применяется гормональная заместительная терапия. Однако она не является панацеей от всех нарушений, обусловленных патологическим климактерием, так как дефицит эстрогенов — не причина, а следствие превращения климактерия из физиологического процесса в патологический. Пусковым фактором в возникновении климактерических расстройств как болезни нарушенной адаптации являются морфологические и функциональные изменения в «стареющем» гипоталамусе, приводящие к дисбалансу всей нейрогуморальной системы. Такой процесс дезинтеграции неизбежен при наличии определенных предрасполагающих моментов или условий: наследственная предрасположенность, личностные особенности, психогенные и социальные факторы, культуральные и религиозные взгляды. Только рассматривая климактерические расстройства как «био-психо-социо-культуральный синдром», можно разработать адекватные методы лечения этих нарушений с использованием, помимо гормональной терапии, методов психотерапевтического и психофармакологического воздействия. Так или иначе, в каждом отдельном случае нужен индивидуальный подход с учетом всех особенностей возникновения и течения заболевания.

ГОРМОНАЛЬНАЯ ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ

История применения половых гормонов в период климактерия у женщин насчитывает всего чуть более 20 лет. Сначала стали применять эстрогены, учитывая их дефицит как причину всех проблем. «Придумали» эту терапию для женщин мужчины, чтобы продлить им молодость и поддержать красоту. Однако оказалось, что избыток экстрогенов не компенсируется имеющимся количеством гестагенов, так как в организме не производится прогестерон. При этом возникают осложнения в виде утолщения эндометрия и его злокачественного перерождения. Поэтому в дальнейшем стали применять эстроген в сочетании с прогестином (или синтетическим прогестероном), чтобы предотвратить развитие рака. Комбинированная эстроген-гестагенная терапия в настоящее время довольно часто назначается гинекологами с целью избавления от приливов и для профилактики остеопороза и сердечно-сосудистых заболеваний. Однако вопрос применения гормональной терапии и вмешательства в естественные процессы старения остается спорным и до конца не решенным.

Благоприятное действие на симптомы менопаузы оказывают прежде всего эстрогены, особенно натуральные. Они:

помогают избавиться от приливов и потливости, зуда, сухости и атрофии влагалища, эффективны при расстройствах мочевой системы (например при недержании мочи); оказывают благоприятное воздействие на

метаболические процессы в коже, утолщают ее, повышают тургор и разглаживают морщины;

регулируют уровень холестерина в крови, предотвращают его отложение на стенках артерий, тем самым снижая риск сердечно-сосудистых заболеваний. Известно, что в репродуктивном возрасте женщины в 6 раз реже, чем мужчины, страдают от болезней сердца и сосудов, особенно атеросклероза. После менопаузы частота сердечно-сосудистых заболеваний возрастает и становится такой же, как у мужчин.

Добавление гестагена при проведении гормональной заместительной терапии в той или иной степени нейтрализует благоприятное действие эстрогена, так как прогестины оказывают обратное действие. Тем не менее, по утверждению специалистов, в целом эффективность гормональной терапии бесспорна.

Показаниями к терапии эстрогенами или эстрогенсодержащими препаратами являются:

симптомы дефицита эстрогенов (вазомоторные нарушения и прежде всего приливы и потливость, атрофические изменения во влагалище и других отделах урогенитального тракта, некоторые психические расстройства, тесно связанные с вышеперечисленными климактерическими симптомами);

профилактика и лечение остеопороза;

предупреждение сердечно-сосудистых заболеваний.

Однако эти показания не абсолютны, поскольку перечисленные расстройства могут

иметь другую этиологию. Например, по данным разных авторов, около 40—50% женщин в постменопаузе говорят о снижении сексуального влечения, однако, по крайней мере, половина из них испытывали сексуальные затруднения и до менопаузы. Таким образом, некорректно относить все случаи снижения либидо к дефициту эстрогенов и, соответственно, назначать лечение гормональными препаратами. Так же хорошо известно, что причиной переломов костей у женщин в постменопаузе является как остеопороз, так и остеомаляция. Последняя не имеет отношения к дефициту эстрогенов и не поддается, соответственно, лечению гормонами.

Особую группу больных, которым следует назначать гормоны — если нет абсолютных противопоказаний, — составляют женщины, перенесшие операцию удаления яичников, особенно в молодом возрасте (до 40 лет). Это обусловлено тем, что преждевременное уменьшение или выпадение функции яичников влечет за собой, помимо приливов и связанных с ними симптомов, раннее и ускоренное развитие остеопороза и ишемической болезни сердца.

Назначение гормональных средств тем женщинам, у которых нет симптомов климактерия и факторов риска по остеопорозу и сосудистым заболеваниям, всегда остается спорным. Энтузиасты обычно назначают эстрогены на том основании, что польза в данном случае якобы значительнее, чем вред. Их противники возражают против широкого и не всегда обоснованного применения гормонов в связи с риском возможных осложнений.

Вот абсолютные противопоказания к назначению гормональной терапии: инфаркт миокарда, инсульты, тромбофлебит, варикозное расширение вен, острые заболевания печени и почек, легочная недостаточность, серповидно-клеточная анемия и рак молочной железы в анамнезе. Что касается рака молочной железы, то необходимо учитывать наследственность: если кто-то из близких (мать, сестра, бабушка) умер от этого заболевания или рак развился в возрасте до 40 лет, нужно серьезно взвесить все «за» и «против», прежде чем назначить гормональную заместительную терапию.

Относительными противопоказаниями являются: миома матки, эндометриоз, мастопатия, диабет, мигрень, эпилепсия, туберкулез, высокое артериальное давление.

Что касается лечения психических нарушений с помощью гормональных средств, то этот вопрос во многом остается предметом дискуссий. Одни утверждают, что гормоны вообще не следует назначать вследствие их неэффективности, другие рекомендуют использовать их при всех психических расстройствах, обусловленных климаксом. На основании многолетних исследований мы можем изложить относительные показания и противопоказания к назначению гормональных препаратов женщинам с психическими нарушениями.

Известно положительное влияние эстрогенов на психические «гормонально-зависимые» симптомы (раздражительность, плаксивость, слабость, снижение настроения и памяти, нарушения сна) либо опосредованно, по меха-

низму «домино-эффекта», т.е. вследствие ослабления приливов и связанного с этим улучшения общего состояния, либо в результате их психотропного действия. Наличие мягкого стимулирующего эффекта, особенно у натуральных эстрогенов (эстриол, эстрадурин, премарин), обеспечивает повышение настроения, тонуса и активности у больных с астеническими и дистимическими расстройствами, что позволяет считать назначение этих (или других эстрогенсодержащих) препаратов в подобных случаях оправданным.

При применении гестагенов выявлен их депрессогенный эффект, особенно отчетливо выраженный у психопатических личностей аффективного круга, больных маниакально-депрессивным психозом и шизофренией. Гестагены способствуют выявлению и обострению эндогенной депрессии и других психотических состояний с галлюцинациями и бредом. Поэтому появление депрессивной симптоматики на фоне терапии гестагенами можно использовать как своеобразный тест для выявления эндогенной депрессии.

Применение в некоторых случаях андрогенов, например при резком снижении полового влечения, должно быть осторожным не только из-за известных побочных эффектов (гирсутизм, вирилизм, огрубение голоса), но и из-за выраженного активизирующего влияния, которое способствует возникновению дисфорического настроения и чрезмерного возбуждения. Таким больным необходимо либо отменить препараты, либо корригировать их действие с помощью нейролептиков (этаперазин, сонапакс).

В настоящее время применяют комбинированные эстроген-гестагенные препараты (дивина, климен, трисеквенс, цикло-прогинова и т.д.), также требующие осторожности при назначении женщинам с выраженными психическими нарушениями. При психических заболеваниях (даже если они в анамнезе) вообще лучше не назначать гормональных средств. В других случаях необходимо учитывать, что у женщин, получающих в течение длительного времени эстроген-гестагенные препараты (особенно контрацептивы, которые до сих пор назначают для лечения симптомов менопаузы), появляются циклические колебания состояния, аналогичные имевшемуся до менопаузы предменструальному синдрому. Несмотря на временный положительный эффект гормонов в плане ослабления соматовегетативной симптоматики, у ряда больных наблюдаются возникновение или усиление раздражительности, тревоги, внутренней дрожи, снижение настроения, появление алгий и сенестопатий. В таких случаях требуется коррекция состояния с помощью психотропных средств. Если необходимого результата не достигается, нужно отменить гормональные препараты.

Отменять гормональные препараты следует под наблюдением врача. Дело в том, что попытка отмены гормонов вызывает усиление вегетативных проявлений с сопутствующими невротическими расстройствами (фиксация на своем состоянии, страх за свое здоровье, истерические реакции, плохое настроение, нарушение сна, головная боль). Это вынуждает пациенток и врачей возвращаться к назначе-

нию гормональных средств, поиску среди них более эффективных и безвредных.

Такая зависимость физического и психического состояния от приема препарата наиболее отчетливо наблюдается при применении андрогенсодержащих средств. В этих случаях речь идет фактически о психологической и физической гормональной зависимости, требующей длительного приема лекарств, практически до конца жизни. Вообще на вопрос о длительности гормональной терапии однозначного ответа нет. Некоторые врачи предпочитают использовать кратковременную терапию, от 2 до 5 лет после менопаузы с постепенной отменой препарата, поскольку резкое прекращение приема гормонов может вызвать возвращение климактерических симптомов. Другие советуют длительный прием гормональных средств, до 70 лет и далее. Однако наблюдения показывают, что отмена препарата даже в таком возрасте вызывает возобновление приливов.

Таким образом, назначение гормональных средств требует индивидуального подхода, с учетом не только соматического, но и психического состояния, а также всех имеющихся показаний и противопоказаний, ожидаемых осложнений и побочных эффектов. Это лишь вспомогательный метод лечения климактерических расстройств, тем более что многие негормональные факторы — в первую очередь полноценное питание, физическая культура, режим труда и отдыха — также хорошо влияют на самочувствие, костный метаболизм и сердечно-сосудистую систему и должны быть обязательно учтены при назначении медика-

ментозной терапии. Кроме того, социальные и психологические проблемы пациенток не могут быть решены с помощью гормонов. В этих случаях необходимо использовать другие методы и средства, в частности различные методы психотерапии, адаптации и реабилитации, а также психофармакотерапию.

ПРИМЕНЕНИЕ ПСИХОТРОПНЫХ ПРЕПАРАТОВ

Принимая во внимание тот факт, что климактерический и посткастрационный синдромы являются следствием нарушения механизмов адаптации с вовлечением в процесс как центральных звеньев нейроэндокринной системы (гипоталамус, аденогипофиз), так и периферических (кора надпочечников, щитовидная железа и т.д.), необходимо проводить комплексную терапию, направленную на урегулирование нейромедиаторных функций. Это можно осуществить путем применения различных сочетаний психотропных препаратов (нейролептиков, транквилизаторов, антидепрессантов, ноотропов).

Особенностью лечения женщин с климактерическими расстройствами является необходимость коррекции вегетативно-сосудистых проявлений, прежде всего приливов. С этой целью показано назначение препаратов, обладающих вегетативно-стабилизирующим действием, например небольших доз нейролептиков: этаперазина — от 4 до 20 мг в сутки, френолона — 5—10 мг в день, сонапакса — до 30 мг в день (в зависимости от частоты и выра-

женности приливов). Эти же препараты хорошо снимают зуд наружных половых органов и других частей тела; особенно эффективны этаперазин и сонапакс. Финлепсин (тегретол) как препарат с широким спектром действия (вегетативный и эмоциональный стабилизатор, антипароксизмальное средство) эффективен в отношении любых пароксизмальных проявлений, в том числе приливов, вегетативно-сосудистых кризов, приступов мигрени, дисфорий, часто встречающихся у женщин в климактерическом возрасте. Доза финлепсина — в среднем 200—400 мг в день.

Эффективным средством по отношению к приливам, симпатоадреналовым кризам является пирроксан в дозе 45—90 мг в день.

Можно рекомендовать грандаксин, обладающий успокаивающим и вегетативно-стабилизирующим действием, но, в отличие от других транквилизаторов, не имеющий миорелаксирующего и гипнотического эффекта. Он назначается в качестве дневного транквилизатора в дозе 150—200 мг в день. Дневные транквилизаторы удобны для использования в период рабочего дня, так как не снижают внимание, не нарушают координацию движений, не расслабляют и не вызывают сонливости.

Широко применяются такие вегетотропные средства, как беллоид, белласпон (по 1 табл. 3 раза в день), микстура Кватера (по 1 столовой ложке 3 раза в день), препараты никотиновой кислоты (никотинамид, никошпан, пикамилон). Последние вызывают реакцию «воспламенения» (ощущение тепла и покраснение кожи лица за счет сосудорасширяющего эффекта) и как бы «вытесняют» приливы. Пика-

милон обладает ноотропным действием, т.е. повышает умственную и физическую работоспособность, улучшает память, снимает вегетативные симптомы (головную боль, головокружение, ощущение жжения, покалывания и т.д.). Этот препарат оказывает и легкое успокаивающее действие, поэтому эффективен при астенических состояниях. Доза пикамилона 40—100 мг в день. Более эффективен в виде внутривенных и внутримышечных инъекций. Из ноотропов рекомендуется также ноотропил (пирацетам) — 400—1200 мг в день как в виде инъекций, так и для приема внутрь. Ноотропил улучшает обменные процессы и физиологическое состояние головного мозга, повышает энергетический потенциал организма. С учетом легкого стимулирующего и вегетативно-стабилизирующего действия ноотропила он может быть рекомендован во многих случаях. Ноотропил сочетается практически со всеми психотропными средствами, потенциирует действие одних и смягчает побочные эффекты других.

Помимо приливов и других вазомоторных симптомов, необходимо купировать и психопатологические расстройства. При астеническом синдроме предпочтение отдается транквилизаторам и биогенным стимуляторам. Наличие выраженной слабости, утомляемости, потери сил является показанием для назначения дневных транквилизаторов (рудотель, мезапам, хлозепид — в среднем 30 мг в день, грандаксин — 50 мг в день). Для повышения общего тонуса, активности и защитных сил рекомендуются биогенные стимуляторы: настойки женьшеня, китайского лимонника, левзеи,

пантокрин, элеутерококк — по 25—30 капель утром (иногда и днем). При повышенной возбудимости, раздражительности, недовольстве окружающими, плаксивости, тревоге и страхе эффективны транквилизаторы с седативным действием (реланиум, седуксен — до 15-20 мг в день, феназепам — 1—3 мг в день, алпразолам — от 0,5 до 2 мг в день).

Характерные для КС нарушения сна с пробуждениями среди ночи из-за приливов, сопровождающихся профузным потоотделением, корригируются путем дополнительного назначения транквилизаторов-гипнотиков (радедорм, эуноктин — 5—10 мг на ночь, рогипнол — 1—2 мг на ночь). При недостаточной их эффективности можно принимать реладорм (1/2—1 табл. на ночь), сочетающий эффекты двух его составляющих — бензодиазепина и производного барбитуровой кислоты, т.е. обладающий и снотворной, и антипароксизмальной активностью.

Терапия тревожных проявлений проводится с использованием транквилизаторов с выраженным анксиолитическим и успокаивающим эффектом (феназепам — 1,5—3 мг в день, седуксен, реланиум — 15—20 мг в день). В ряде случаев одних транквилизаторов недостаточно, требуется их сочетание с такими нейролептиками, как этаперазин, сонапакс, френолон, или антидепрессантами с седативным компонентом действия (триптизол, амитриптилин, лудиомил).

Депрессивные (дистимические) нарушения купируются антидепрессантами. Особенно эффективно применение антидепрессантов четырехциклической структуры с частичным МАО-

ингибирующим действием (бефол — 20—60 мг в день, пиразидол — до 100—150 мг в день, инказан — 100—150 мг в день). Эти препараты практически не имеют побочных эффектов, в отличие от трициклических антидепрессантов, их можно успешно сочетать с вегетативно-стабилизирующими средствами, особенно при астено-депрессивных и депрессивно-ипохондрических состояниях. Наиболее эффективен бефол, обладающий большой терапевтической широтой и способный при варьировании доз (от 10 до 70 мг в день) купировать как астенические, гиподинамические и апатические депрессии, так и тревожные расстройства невротического уровня. Этот препарат успешно используется и при циклотимических депрессиях, манифестировавших в период климактерия.

При затянувшихся депрессиях с ипохондрической фиксацией на своем состоянии эффективно применение небольших доз мелипрамина (50—100 мг) в первую половину дня, с учетом стимулирующего компонента действия. Повышение настроения, активности как бы отвлекает больную от соматических симптомов болезни.

Лечение больных с атипичной формой климактерического синдрома (с вегетативно-сосудистыми кризами) и депрессивной симптоматикой осуществляется в основном антидепрессантами четырехциклической структуры в сочетании с транквилизаторами и финлепсином. Больным, у которых часто повышается АД, можно рекомендовать малые дозы нейролептиков, обладающих гипотензивным действием. Например, тизерцин — 6,25—12,5 мг на

ночь, этаперазин — 4—12 мг в день, френолон — 10 мг в день. Использование этих препаратов позволяет купировать кризовые подъемы АД и снизить фоновые показатели без применения гипотензивных средств.

При истерических расстройствах рекомендуется сочетание транквилизаторов с малыми дозами нейролептиков, обладающих, помимо «психокорригирующего», вегетативно-стабилизирующим действием (сонапакс — 15—50 мг в день, френолон — 5—10 мг в день, этаперазин — 4—12 мг в день, неулептил — до 10 капель в день). Состояния с выраженной плаксивостью, «истериками», обидчивостью и жалостью к себе эффективно купируются небольшими дозами антидепрессантов (бефол — 10—15 мг, инказан — 50 мг, пиразидол — 50 мг, азафен — 50—75 мг в день) в сочетании с транквилизаторами или вышеупомянутыми нейролептиками.

Паранойяльный синдром, проявляющийся сверхценными и бредовыми идеями ревности, требует назначения нейролептиков, действующих на продуктивную симптоматику (трифтазин, стелазин — 10—15 мг в день, галоперидол — до 5 мг в день), в сочетании с транквилизаторами и антидепрессантами.

При длительно протекающих ипохондрических состояниях подбор препаратов производится в зависимости от «окраски» ипохондрического синдрома (астено-, депрессивно-, истеро-ипохондрический). Используется большой спектр препаратов с обязательным привлечением корректоров поведения в малых дозах (сонапакс — 30—50 мг, неулептил и галоперидол в каплях — до 10 капель в день, трифтазин — 5 мг в день).

Анализ использования психотропных препаратов разных групп показал, что наиболее эффективными для лечения психических нарушений в рамках климактерического синдрома оказались транквилизаторы (со всеми составляющими их действия), финлепсин (тегретол), этаперазин, сонапакс, пиразидол, ноотропил.

Помимо психотропных препаратов, можно применять настои трав (валерианы, пустырника), микстуры (микстура Кватера), физиотерапевтические процедуры (электросон, гальванический воротник по Щербаку и др.), иглорефлексотерапию.

Лечение больных, перенесших гинекологическую операцию, имеет свои особенности. Дело в том, что в генезе психических нарушений в меньшей степени, по сравнению с естественным климактерием, представлены социально-психологические факторы, а бóльшая роль принадлежит биологической перестройке (собственно гипоталамической дисфункции). Психические расстройства преимущественно выражаются депрессивным и астеническим синдромами, причем у пациенток более старшего возраста депрессивные симптомы доминируют.

Терапия больных, перенесших операцию на матке и придатках, также синдромально ориентирована и проводится с использованием широкого спектра психотропных препаратов в сочетании с психотерапией и физиотерапией. Выраженность астенических расстройств у больных с посткастрационным синдромом является показанием для более массивной общеукрепляющей (метаболической) тера-

пии — повышенных доз ноотропов (2,4—3,6 г в день), витаминотерапии (С, B_1, B_6), биогенных стимуляторов (настойки женьшеня, заманихи, левзеи, китайского лимонника; пантокрин, элеутерококк, инъекции алоэ).

Важно отметить, что больные с ПКС отличаются повышенной чувствительностью к психотропным препаратам, поэтому надо осторожно определять их дозировки, чтобы избежать побочных эффектов и осложнений. Наиболее показаны средства, обладающие минимальными побочными действиями, так как даже незначительные побочные эффекты способствуют ухудшению самочувствия и ипохондрической фиксации на своем состоянии. Особенно это касается трициклических антидепрессантов с седативным компонентом действия, вызывающих слабость, сонливость в первые дни приема, запоры, сердцебиение, повышение АД, сухость во рту, что совершенно нежелательно при уже имеющихся у больной массивных соматовегетативных нарушениях.

Если назначение антидепрессантов необходимо по статусу (тяжелая депрессия с суицидальными мыслями), то следует нейтрализовать их побочные эффекты путем добавления в схему ноотропов, анаприлина, слабительных и т.д.

При назначении нейролептиков, даже при малых дозах этаперазина, френолона, могут возникнуть тремор, скованность движений, непоседливость, что необходимо корригировать с помощью антипаркинсонических средств (циклодол — 4 мг в день, паркопан — 4—8 мг в день) и ноотропов.

Больным, перенесшим гистерэктомию, в послеоперационном периоде обычно назначают транквилизаторы и небольшие дозы антидепрессантов с учетом характерной для этого периода астенической и депрессивной симптоматики. При достижении возраста «естественной» менопаузы (или пременопаузы) и появлении типичных вегетативно-сосудистых нарушений (приливов, потливости) или атипичных проявлений (повышение АД, кризы) необходимо применять препараты с вегетативно-стабилизирующим действием, как при климактерическом синдроме.

ПСИХОТЕРАПИЯ

Психотерапия должна сопутствовать любому виду лечения. Прежде всего — это разъяснительная (рациональная) психотерапия, которая заключается в том, чтобы объяснить пациентке сущность заболевания, его причины и возможные пути преодоления. Эффективность такой терапии зависит от умения врача установить контакт с больной, доверительные отношения, от его способности вникнуть в чувства и переживания пациентки. Личность врача, его авторитет, душевные качества, внешний вид — все имеет значение в процессе общения больной и врача.

В зависимости от поставленных задач психотерапевтическое воздействие может быть индивидуальным и групповым. Если врач преследует цель объяснить суть заболевания, его основные симптомы, возможные пути их преодоления, то такую беседу можно организо-

вать и для группы больных, страдающих климактерическими расстройствами и наблюдающихся в данный момент у врача (или находящихся в отделении), и в индивидуальном порядке. Однако в обоих случаях необходимо учитывать уровень образования и представлений о собственном организме, личностные особенности пациенток и их способность к восприятию корригирующей информации. Следует также учитывать отношение общества в целом к периоду климактерия как к трагическому рубежу в жизни женщины, разделяющему молодость и старость. Этим взглядам необходимо противопоставить альтернативные суждения о климактерии как новом жизненном этапе, связанном не только с потерями, но и с определенными положительными моментами (например, снятие проблемы предохранения от беременности). Важно также объяснить, что климактерический синдром — явление временное, преходящее, обусловленное возрастной гормональной перестройкой, однако для того, чтобы этот процесс протекал менее болезненно, без проблем в соматическом и психическом состоянии, следует принять определенные терапевтические меры. Если женщина поймет, от чего она страдает и как с этим можно бороться, у нее появится надежда на выздоровление, и те же препараты, назначенные врачом, она будет принимать с бóльшим удовольствием и верой в исцеление.

Что касается социальных и психогенных факторов, влияющих на возникновение психических нарушений в климактерии, то, помимо бесед с больной, целесообразна семей-

ная психотерапия с разъяснением ряда моментов мужу и детям с тем, чтобы устранить недопонимание и разрешить конфликтные ситуации. Благополучная атмосфера в семье имеет важное (а иногда и определяющее) значение для эффективного лечения и социальной адаптации.

Если патологическое течение естественного климактерия подчас составляет трудноразрешимую психотерапевтическую проблему, то еще более пристального внимания заслуживают женщины, перенесшие гинекологическую операцию.

Задачи психотерапевтической работы с такого рода больными изменяются в зависимости от периода заболевания (до или после операции). В предоперационном периоде психотерапия должна быть направлена на снятие чувства неопределенности и неизвестности, с разъяснением сущности и объема операции, возможных ожидаемых последствий. В это время женщина испытывает страх как перед самой операцией, так и перед грядущим преждевременным климаксом, который обычно ассоциируется с постарением и прибавкой в весе, потерей женственности и сексуальности. Важно, чтобы она ориентировалась не на личный опыт и советы подруг и знакомых, а на ту грамотную и полезную информацию, которую ей предоставит врач. Необходимо убедить пациентку в наличии у организма неограниченных адаптационных возможностей, в том числе в компенсации таких жизненно важных функций, как гормональная и сексуальная.

Наибольшую сложность в плане психотерапевтической коррекции представляют боль-

ные, оперированные в молодом возрасте и не имеющие детей, так как они ни физиологически, ни психологически не готовы к наступлению климактерия и бесплодию. Другими словами, необходимо учитывать возрастную динамику иерархии ценностей. Если в молодом возрасте наибольшую ценность представляют менструальная, генеративная и сексуальная функции, то в среднем возрасте акценты смещаются в сторону проблем старения, утраты женственности, сохранения сексуальности.

Психотерапевтическая работа в постоперационном периоде должна быть направлена прежде всего на преодоление реальных последствий операции и связанных с ней психологических и социальных проблем. Так же, как и при климактерическом синдроме, нужно выработать установку на транзиторный характер возникших соматовегетативных и психических нарушений, объяснить механизм возникновения каждого симптома и реальные пути обратного развития болезни.

В процессе постоперационной адаптации и реабилитации большое значение для каждой женщины имеют такие факторы, как семейное положение, взаимоотношения с мужем, детьми, друзьями, степень удовлетворения работой, материальное обеспечение. Эти условия могут либо способствовать адаптации, либо затруднять ее, в зависимости от ценностной значимости каждого из них для больной.

Многие женщины связывают с операцией на половых органах потерю сексуальности или даже невозможность дальнейших половых отношений. К врачам с таким вопросом они, как правило, стесняются обратиться. но даже

если и решаются на это, то сами врачи в большинстве случаев избегают обсуждения данной темы. Вопрос же будущих сексуальных отношений с мужем волнует каждую женщину, ибо от этого зависит ее семейная жизнь. Врач должен объяснить пациентке, когда она может вступать в интимную связь (в зависимости от объема операции), сказать, что это не вредно, а полезно как в плане физиологическом, так и психологическом. Сексуальное удовлетворение возможно и при полном удалении матки и придатков, так как механизм возникновения оргазма очень сложен и зависит не только непосредственно от уровня половых гормонов (в частности эстрогенов), но и от центральных нейроэндокринных механизмов и высших корковых функций. Психологические факторы являются наиболее важными из тех, что обусловливают сексуальную функцию после операции. Об этом свидетельствуют следующие подтвержденные научными исследованиями факты: во-первых, у тех, кто до операции испытывает страх перед утратой сексуальной функции, после операции отмечается ее снижение; во-вторых, пациентки с большей сексуальной активностью быстрее выздоравливают после операции, чем те, кто имеет редкие половые сношения.

Таким образом, в процессе диалога между врачом и пациенткой преодолевается ложное представление о болезни и ее последствиях и вырабатывается правильная установка на излечение и преодоление всех трудностей.

В зависимости от имеющихся психических нарушений и механизма их формирования во время лечения можно использовать и другие

психотерапевтические методики: внушение (в том числе гипноз), аутогенную тренировку, психоанализ. Например, от страхов помогает избавиться гипноз, истерические соматоневрологические симптомы исчезают в результате психоаналитической терапии, стабилизировать отдельные вегетативные функции можно в процессе аутогенной тренировки (самовнушения). Метод психотерапевтического воздействия обычно предлагает пациентке врач, объясняя ей суть метода, длительность лечения и предполагаемые результаты. Но больная имеет право и сама выбрать тот или иной способ лечения, если он ей показан.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ПЕРИОД КЛИМАКТЕРИЯ

Настоящие рекомендации касаются только тех заболеваний, которые рассмотрены в данной книге, т.е. неврозов, маниакально-депрессивного психоза и алкоголизма, впервые манифестировавших в период климактерия. При лечении этих заболеваний используются общеизвестные принципы и приемы, но необходимо учитывать также особенности клинической симптоматики, связанные непосредственно с менопаузой. В отличие от неврозоподобных нарушений в рамках климактерического или посткастрационного синдромов, гормональные препараты в этих случаях практически не применяются, только при крайней необходимости и совместном лечении психиатром и гинекологом-эндокринологом.

Неврозы. При лечении невроза необходимо прежде всего проанализировать психотравмирующие факторы, способствующие его возникновению, и посредством психотерапевтического воздействия разрешить болезненную ситуацию. Для этого, в зависимости от характера невроза, применяют различные виды психотерапии. В последние годы в нашей стране приобретает популярность психоаналитическая терапия, позволяющая вскрыть внутриличностные и межличностные конфликты и выявить вытесненные в подсознание комплексы, сформировавшиеся на ранних стадиях сексуального развития. Этот метод эффективен при истерическом, фобическом неврозе и неврозе навязчивых состояний.

При назначении медикаментозной терапии необходимо учитывать не только характер психических расстройств, но и соматовегетативные нарушения. Поэтому целесообразно рекомендовать препараты с минимальными побочными эффектами и оказывающие вегетотропное действие.

Показана общеукрепляющая терапия, включающая назначение витаминов, ноотропов, физиотерапевтических процедур, иглорефлексотерапии.

Маниакально-депрессивный психоз. Лечение зависит от характера фазы — депрессивной или маниакальной. Депрессию лечат преимущественно антидепрессантами. Выбор препарата и его дозы осуществляется в зависимости от типа депрессии и ее глубины. При депрессии с выраженной заторможенностью и безразличием (адинамическая и апатическая депрессия) назначают антидепрессанты со сти-

мулирующим действием (мелипрамин, петилил, имипрамин). При подавленном настроении с тревогой, беспокойством показаны препараты с седативным эффектом (амитриптилин, стелазин, синекван). В ряде случаев антидепрессанты необходимо комбинировать с транквилизаторами, особенно при нарушениях сна, сильной тревоге, страхах, вегетативных проявлениях.

Трициклические антидепрессанты эффективны при глубоких депрессиях, когда приливы и другие вегетативные нарушения исчезают (см. гл. 5). При неглубоких депрессиях с вазомоторными симптомами более эффективны тетрациклические антидепрессанты (пиразидол, лудиомил, мапротилин), которые, с одной стороны, повышают настроение и активность, а с другой — уменьшают тревогу, чувство страха. Кроме того, у данных препаратов меньше побочных действий, поэтому их можно назначать женщинам, страдающим различными соматическими заболеваниями (прежде всего сердечно-сосудистыми и желудочно-кишечными).

В настоящее время появился опыт применения препаратов нового поколения, обладающих антидепрессивным действием, но без стимулирующего или седативного эффекта (золофт). Эти препараты можно использовать не только для купирования, но и для профилактики депрессивных расстройств.

При маниакальном состоянии назначают нейролептики (аминазин, тизерцин, галоперидол и др.). Такие больные не замечают приливов и не фиксируют на них внимания, поэто-

му и не предъявляют соответствующих жалоб. Нейролептики в этих случаях оказывают и вегетативно-стабилизирующее действие.

Для профилактики последующих приступов применяют соли лития под контролем содержания лития в сыворотке крови. В период климактерия более целесообразно рекомендовать финлепсин (тегретол), учитывая его стабилизирующее действие как в отношении аффективных нарушений, так и вегетативно-сосудистых и пароксизмальных расстройств.

Для успешного лечения необходима и разъяснительная психотерапия, цель которой — объяснить пациентке природу и характер психических и соматических расстройств, суть проводимого лечения и предполагаемый прогноз. Очень важно оказывать психотерапевтическую поддержку при выходе из приступа заболевания, поскольку необходима поддерживающая терапия, направленная на купирование приливов и других вазомоторных симптомов и профилактику последующих приступов заболевания.

Алкоголизм. Как уже отмечалось, алкоголизм распространен среди женщин среднего возраста, а в период климактерия многие из них прибегают к приему алкоголя как к лекарству, чтобы повысить настроение, снять тревогу, раздражительность, плаксивость и т.п.; принимают на ночь как снотворное. В таких случаях бывает достаточно провести с женщиной разъяснительную беседу и назначить необходимое лечение от климактерических нарушений, чтобы избавить пациентку и от них, и от пьянства. Если же у больной имеются все признаки алкогольной болезни (непреодоли-

мое влечение к спиртному, абстинентный синдром, определенные изменения личности), то следует начинать лечение, как принято при алкоголизме, т.е. сначала провести дезинтоксикационную и общеукрепляющую терапию, а затем противоалкогольное лечение с последующей поддерживающей терапией. Если у женщины после проведения всего комплекса лечения остаются соматовегетативные нарушения, необходимо в состав поддерживающей терапии включать вегетативно-стабилизирующие средства.

Лечение будет эффективным лишь в том случае, если у женщины есть твердая установка на воздержание от приема спиртных напитков. Такая установка появляется только после переоценки цели и смысла своего существования. Если до этого у пациентки была единственная цель — напиться и «забыться», избавиться от всех проблем — и психологических и соматических, то теперь необходимо определить другую цель, т.е. переориентировать больную на другие ценности (семья, работа, хобби и т.д.). Иными словами, трезвый образ жизни должен иметь положительный результат, который компенсирует или даже превосходит желание уйти от проблем посредством алкоголизации.

ПРОФИЛАКТИКА

Профилактика любых заболеваний — понятие многоплановое и включает множество различных проблем и задач. Первичная профилактика означает предупреждение развития болез-

ни. Это очень сложная задача, которую нужно решать как на уровне общества в целом (социально-экономические, экологические факторы), так и по отношению к отдельной личности (социальные, психологические, биологические аспекты).

Вторичная профилактика преследует цель предотвращения рецидивов и обострений болезни, что также зависит от различных факторов и условий. Третичная профилактика содержит мероприятия по адаптации и реабилитации пациента, т.е. приспособления его к жизни в том состоянии здоровья, в каком он находится (например, нетрудоспособен и имеет группу инвалидности). Важно, чтобы это состояние было стабильным и не ухудшалось дальше.

Что касается периода климактерия, то переход из физиологического статуса в патологический также зависит от многих факторов. В. А. Гиляровский, описывая психические заболевания климактерического и инволюционного периодов и обсуждая значение предрасполагающих факторов в их развитии, справедливо отметил, что «ровный и безболезненный пресениум обычно завершает собой и гладко протекающую жизнь». Это значит, что в жизни женщин до менопаузы не должно быть ни сильных стрессов, ни травм (особенно черепно-мозговых), ни соматических заболеваний, ни гинекологических проблем. Желательно, чтобы наследственность не была отягощена психической патологией, алкоголизмом, сердечно-сосудистыми заболеваниями и климактерическими нарушениями. Если же эти факторы в той или иной

степени присутствуют, то необходимо принимать соответствующие меры.

По нашим данным, одним из основных предикторов патологически протекающего климактерия является наличие предменструального синдрома, так как именно в его рамках появляются первые симптомы приближающегося климактерия, что в равной степени относится к вегетативно-сосудистым и психическим расстройствам. Этот факт имеет очень большое значение для ранней диагностики и профилактики климактерических нарушений. Выявление предменструального синдрома до наступления климактерия или в период пременопаузы и назначение адекватной терапии не только позволяет сгладить циклические колебания состояния, но и способствует купированию климактерических расстройств в инициальной стадии.

Продолжительность терапии должна соответствовать длительности предменструального периода (обычно 3—5 дней). В эти дни нужно рекомендовать прием соответствующих препаратов. Например, при повышенной раздражительности, возбудимости, агрессивности — небольшие суточные дозы транквилизаторов (рудотель — 10—15 мг, феназепам — 0,5—1 мг, тазепам — до 30 мг, элениум — 15—30 мг и т.п.), сонапакса (15—30 мг). Если состояние сопровождается физической слабостью, нежеланием что-либо делать, можно рекомендовать ноотропы (ноотропил, пирацетам — 400—800 мг в день), биогенные стимуляторы (женьшень, китайский лимонник, заманиха, левзея, пантокрин — по 25—30 капель утром). При подавленном настроении с тревогой,

плаксивостью, страхами эффективны небольшие дозы антидепрессантов (пиразидол — 50 мг в день, азафен — 50—75 мг в день). Если перед менструацией у женщины появляются сильная потливость при малейшей нагрузке, ощущение жара в голове или другие симптомы климакса, то в терапию нужно включать вегетативно-стабилизирующие средства (финлепсин — 100—200 мг, этаперазин — 4—6 мг, сонапакс — 10—30 мг, френолон — 5—10 мг в день и др.). При задержке жидкости в организме, сопровождающейся отеками, пастозностью, тяжестью в теле, необходимо принимать мочегонные средства, лучше растительного происхождения (мочегонный чай, настой брусничного листа — по 1/2 стакана 2 раза в день). Лечение отменяется при нормализации состояния, обычно на 2-й день менструации. Если женщина в качестве лекарства принимает в предменструальный период спиртное. следует объяснить ей пагубный смысл этого занятия и рекомендовать соответствующее лечение.

Назначение терапии на ранних этапах заболевания с обязательным включением рациональной психотерапии, направленной на разъяснение особенностей предстоящего периода и транзиторного характера появившихся расстройств, способствует формированию установки на быструю нормализацию состояния и препятствует фиксации на своем здоровье.

Меры профилактики в отношении больных с психическими заболеваниями, возникшими в период климактерия, сводятся к правильной квалификации имеющихся психических расстройств с целью ограждения этих больных от

назначения гормональной терапии (помимо общепринятых мер профилактики психических болезней). Если у больных до начала заболевания имеется предменструальный синдром, необходимо назначить терапию по купированию его проявлений. Тем самым можно в определенной степени предотвратить развитие таких болезней, как циклотимия и неврозы, ибо первые симптомы психических расстройств, «предвестники», появляются в структуре этого синдрома.

Врач должен научить больных следить за своим состоянием и принимать меры в самом начале болезни или при малейшем ее ухудшении, чтобы пресечь развитие приступа (обострения).

В заключение можно сказать, что проблема климактерия многогранна и лечить нужно больную женщину, а не отдельные симптомы заболеваний. Поэтому в ряде случаев, особенно при выраженных соматических и психических нарушениях, требуются совместные усилия гинекологов-эндокринологов, психиатров, невропатологов-вегетологов, терапевтов.

Предлагаемые нами рекомендации могут использовать все врачи, соприкасающиеся в своей практике с патологией климактерия, и в первую очередь — гинекологи и эндокринологи. Лечение же психических заболеваний — прерогатива психиатров, к которым и должны направлять больных врачи других специальностей при выявлении у них выраженных психических расстройств.

СЛОВАРЬ
использованных психиатрических терминов

Агрессивность, агрессия — наносящее вред поведение (нормальное или болезненное), направленное против других и самого себя и мотивированное враждебностью, гневом или соперничеством.

Болезненная ревность — сложное болезненное эмоциональное состояние с элементами зависти, гнева и желания обладать предметом своей страсти. Сексуальная ревность является симптомом психического расстройства, доминируюшим клиническим признаком которого часто бывают бредовые убеждения в измене супруга или возлюбленного и готовность уличить партнера в предосудительном поведении. Ревность часто является мотивом для совершения насилия и противоправных действий.

Бред — болезненное, не поддающееся коррекции убеждение или суждение, не соответствующее действительности, а также социальным и культурным установкам субъекта.

Внушаемость — состояние восприимчивости к некритическому принятию идей, суждений и моделей поведения, наблюдающихся у других или де-

монстрируемых другими. Внушаемость может повышаться под воздействием окружающей среды, лекарственных средств или гипноза и чаще всего наблюдается у лиц с истерическими чертами характера.

Дистимия — длительное сниженное настроение легкой или умеренной тяжести с кратковременными периодами (дни, недели) хорошего настроения, сопровождаемое постоянным чувством усталости, дискомфорта, отсутствием удовольствия и удовлетворения, склонностью к мрачным размышлениям. В целом такие больные справляются с основными требованиями повседневной жизни. Связана с невротическими расстройствами и невротической депрессией.

Дисфория — неприятное состояние, характеризующееся подавленным настроением, мрачностью, беспокойством, раздражительностью, злобностью и агрессивностью.

Изменение личности — нарушение фундаментальных черт характера, обычно в худшую сторону, в результате или как последствие соматического или психического расстройства.

Ипохондрия — чрезмерная фиксация на своем здоровье, которая не основывается на наличии реальной болезни, а является результатом патологической трактовки болезненных симптомов и ощущений.

Навязчивые (обсессивные) состояния — возникающие помимо воли человека мысли, страхи, влечения, сомнения, действия, от которых он, не-

смотря на критическое отношение к ним, избавиться не может. Они рассматриваются как чуждые личности, но исходящие из самой личности.

Навязчивые страхи (фобии) (от греч. *phobos* — страх) — мучительные навязчивые переживания страха, вызываемого самыми разнообразными предметами и явлениями.

Кардиофобия — навязчивый страх заболеть и умереть от заболевания сердца (чаще от инфаркта).

Канцерофобия — навязчивый страх заболеть раком.

Сверхценные идеи — мысли и суждения, возникающие в связи с действительными фактами и событиями, но приобретающие для человека особую значимость и определяющие все его поведение.

Тревога — ощущение страха, связанное с предчувствием беды, ожидаемой извне, или с собственной болезнью.

Тревога генерализованная — широко распространенный страх, не сфокусированный на какой-либо определенной идее.

ИСПОЛЬЗОВАННЫЕ СОКРАЩЕНИЯ

АД — артериальное давление
КС — климактерический синдром
ЛГ — лютеинизирующий гормон

МДП— маниакально-депрессивный психоз
ПКС— посткастрационный синдром
ПС — предменструальный синдром
ФСГ— фолликулостимулирующий гормон

ЛИТЕРАТУРА

1. *Авербух И.Е., Телешевская М.Э.* Неврозы и неврозоподобные состояния в позднем возрасте. — Л.: Медицина, 1976. — 159 с.

2. *Балабанова В.В.* Лечение женщин с психическими нарушениями, обусловленными гипофункцией яичников различного генеза / Дисс. канд. — М., 1992. — 115 с.

3. *Балан В.Е.* Функциональное состояние гипоталамо-гипофизарно-тиреоидной системы при физиологическом и патологическом климактерии / Дисс. канд. — М., 1985. — 164 с.

4. *Балан В.Е.* Эпидемиология климактерического периода в условиях большого города. — Акушерство и гинекология. — 1995. — № 3. — С. 25—28.

5. *Бутарева Л.Б.* Клинико-гормональные особенности климактерического синдрома / Дисс. канд. — М., 1988. — 144 с.

6. *Вихляева* Е.М. Климактерический синдром. — В кн.: Гинекологическая эндокринология / Под ред. К. Н. Жмакина. — М.: Медицина, 1976. — С. 304—327.

7. *Вихляева Е.М.* Нейроэндокринные гинекологические синдромы. — Там же. — С. 273—275.

8. *Вихляева Е.М.* Современные тенденции в лечении климактерического синдрома. — Акушерство и гинекология. — 1978. — № 10. — С. 63—67.

9. *Гиляровский В.А.* Психиатрия. — М.: Медгиз, 1938. — 774 с.

10. *Грацианский Н.А.* Заместительная терапия эстрогенами в менопаузе: реальный метод первичной и вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний у женщин или только интересная тема для обсуждения? — Клиническая фармакология и терапия. — 1994. Т. 3. — № 3. — С. 30—39.

11. *Гудкова М.А.* Современные принципы гормональной терапии больных с климактерическим синдромом: Обзор. — Акушерство и гинекология. — 1994. — № 2. — С. 7—11.

12. *Гудкова М.А., Кулаков В.И., Крымская М.Л., Соловьева А.Д.* Клинико-физиологическая характеристика и гормонотерапия больных с типичной формой климактерического синдрома. — Акушерство и гинекология. — 1994. — № 6. — С. 49—52.

13. *Киласония Л.В.* Клинико-гормональная характеристика климактерия у женщин после овариэктомии в переходном возрасте / Дисс. канд. — М., 1986. — 124 с.

14. *Клименченко Н.И.* Влияние заместительной гормональной терапии на сердечно-сосудистую систему у женщин в постменопаузе: Обзор. — Акушерство и гинекология. — 1995. — № 3. — С. 10—14.

15. *Крымская М.Л.* Климактерический период. — М.: Медицина, 1990. — 270 с.

16. *Кузнецова М.Н., Сметник В.П., Фролова О.Г., Николаева Е.И.* О вашем здоровье, женщины / Под ред. В. И. Кулакова. — М.: Медицина, 1990. — 223 с.

17. *Лакосина Н.Д., Трунова М.М.* Неврозы, невротические развития личности. Клиника и лечение. — М.: Медицина, — 1994. — 191 с.

18. *Мануилова И.А.* Нейроэндокринные изменения при выключении функции яичников. — М.: Медицина, 1972. — 175 с.

19. *Менделевич В.Д.* Психопатология климактерия. — Казань: Изд-во Казан. ун-та., 1992. — 168 с.

20. *Плотников С.М.* Инволюционный психоз: (Структурно-динам. особенности, диагностика и лечение) / Дисс. докт. — Ижевск: 1984. — 477 с.

21. *Сакс Д.* Менопауза / Пер. с англ. — М.: Крон-Пресс, — 1995. — 158 с.

22. *Сметник В.П.* Состояние нейроэндокринной системы при синдроме истощения яичников и при климактерическом синдроме / Дисс. докт. — М., 1980. — 241 с.

23. *Сметник В.П.* Принципы заместительной гормонотерапии при климактерических расстройствах. — Акушерство и гинекология. — 1995. — № 3. — С. 15—17.

24. *Сметник В.П., Ткаченко Н.М., Глезер Г.А., Москаленко Н.П.* Климактерический синдром. — М.: Медицина, 1988. — 286 с.

25. *Ткаченко Н.М., Ильина Э.М.* Методологические аспекты патогенеза вазомоторных и психоэмоциональных расстройств при климактерическом синдроме. — Акушерство и гинекология. — 1984. — № 2. — С. 10—15.

26. *Тювина Н.А.* Психические нарушения у женщин в период климактерия / Журн. невропат. и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1991. — Вып. 2. — С. 96—100.

27. *Тювина Н.А.* Психические нарушения у женщин в период климактерия (клиника, лечение, прогноз) / Дисс. докт. — М., 1991. — 289 с.

28. *Тювина Н.А., Балабанова В.В.* Профилактика и лечение психических расстройств климактерического периода / Журн. невропат. и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1991. — Вып. 9. — С. 79—82.

29. *Тювина Н.А., Балабанова В.В., Балан В.Е., Бутарева Л.Б.* Психиатрический аспект климактерического синдрома: клиника и лечение. — Акушерство и гинекология. — 1993. — № 4. — С. 34—37.

30. *Ballinger C.B.* Psychiatric aspects of the menopau-

se. — In: The Management of the Menopause and Post-Menopausal Years. Ed. S. Campbell. — Baltimore, 1976. — P. 117—125.

31. *Ballinger C.B.* The menopause and the climacteric. — In: Psychological disorders in obstetrics and gynecology. Ed. R.G.Priest. — London, Boston, 1985. — P. 204—227.

32. *Beyene Y.* Climacteric expressions in crosscultural study. — In: The Climacteric in Perspective. Eds M. Notelovitz, P. van Keep. — Lancaster, 1986. — P. 139—147.

33. *Bleuler M.* Endocrinologische Psychiatrie. Mit einem Beitrag von R. Hess. — Stuttgart, Thieme, 1954. — 498 s.

34. *Collins A.* Psychosocial aspects of the menopause. — In: Pharmacological Treatment of the Climacteric Syndrome. Workshop. National Board of Health and Welfare Drug Information Committee, Sweden. — 1990. — N 3. — P. 57—70.

35. *Dennerstein L.* Psychiatric Aspects of the Climacteric. — In: The Menopause. Eds. J.W.W. Studd, M.I. Whitehead. — Oxford, 1988. — P. 43—54.

36. *Dennerstein L., Wood C., Burrows G.D.* Sexual response following hysterectomy and oophorectomy. — Obstet. Gynecol. — 1977. — Vol. 49. — N 1. — P. 92—96.

37. *Deutsch H.* The Psychology of Women. A Psychoanalytic Interpretation. — New York, 1945, Vol. 2. — P. 498.

38. *Erikson E. H.* Childhood and Society. — New York, 1950. — 450 p.

39. *Flint M.* The Menopausa: reward or punishment? — Psychosomatics. — 1975. — Vol. 16, N 4. — P. 161—163.

40. *Haas S., Schiff I.* Symptoms of Estrogen Deficiency. — In: The Menopause. Eds J. Studd, M.I. Whitehead. — Oxford, 1988. — P. 15—23.

41. *Hunter M.S.* Psychological Aspects of the Climacteric and Post-menopause. — Ibid. — P. 55—64.

42. *Flint M., Garcia M.* Pilot project with menopausal women in New Jersey, USA, in 1978. Paper given at the 2

International Congress on the Menopause, June, 4—9, Jerusalem, 1978.

43. *Frommer D. J.* Changing age of the menopause. — Br. Med. J., 1964, Vol. 2. — N 5405. — p. 349—351.

44. *Gath D.,* et al. Hysterectomy and psychiatric disorder. — Br. J. Psychiatry, 1982. — Vol. 140. — N 4. — P. 335—350.

45. *Jaszmann L. J. B.* Epidemiology of the climacteric syndrom. — In: The Management of the Menopayse and Post-Menopausal Years. Ed S. Campbell. — Baltimore, 1976. — P. 11—23.

46. *Keep van P. A.* The Menopause. Part B: Psychosomatic aspects of the menopause. — In: Hadbook of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology. Eds L. Dennerstein, G. Burrows. — Amsterdam, 1983. — P. 483—490.

47. *Keep van P.A., Abe T.* The climacteric in different cultural contexts. — In. The climacteric in perspective. Eds. M. Notelovitz, P. van Keep. — Lancaster: 1986. — P. 131—137.

48. *Lalinec-Michauol M., Engelsmann F., Marino J.* Depression after hysterectomy: A comparative study. — Psychosomatics. — 1988. — Vol. 29, N 3. — P. 307—314.

49. *Martin R.L., Roderts W.V., Clayton P.J.* Psychiatric status after hysterectomy. A one-year prospective follow-up. — JAMA, 1980. — Vol. 244, N 4. — P. 350—353.

50. Multidisciplinary perspectives on menopause. Ed: M Flint, et al. — New York, 1990—488 p.

51. *Notelovitz M.* The Non-Hormonal Management of the Menopause. — In: The Menopause. Eds J.W.W. Studd, M.I.Whitehead. — Oxford, 1988. — P. 102—115.

52. *Ryan M.M., Dennerstein L., Pepperell R.* Psychological Aspects of Hysterectomy. A prospective Study. — Br. J. Psychiatry, 1989. — Vol. 154, N 4. — P. 516—522.

53. *Serr D M., Atlas M.* Oestrogen Replacement Therapy and Psychosomatic Alterations. — In. The Menopause: Clinical, Endocrinological and Pathophysiological Aspects. Eds

P. Fioretti, L. Martini, G.B. Melis, S.S.C. Yen. London, New York, 1982. — P. 509—516.

54. *Severne L.* Coping with life events and stress at the climacteric. — In: The climacteric in perspective. Eds M. Notelovitz, P.A. van Keep. — MTP Press, Lancaster, 1986. — P. 299—313.

55. *Severne L.* Psycho-Social Aspects of the Menopause. — In: Psychosomatics in Peri-Menopause. Eds A.A. Haspels, H. Musaph. — Lancaster, 1979. — P. 101—120.

56. *Stone A.B.*, et al. Evaluation and treatment of changes in mood, sleep, and sexual functioning associated with menopause. — Obstet. Gynecol. Clin. Noth. Am. — 1994. — Vol. 21, N 2. — P. 391—403.

57. *Utian W.H., Serr D.* Report on Workshop: The Climacteric Syndrome. — In: Consensus on Menopause Research. Eds. P.A. van Keep, R.B. Greenblatt, M.A. Albeaux-Fernet. — Lancaster, 1976. — P. 1—4.

58. *Winokur G.* Depression in the menopause. — Amer. J. Psychiatry. — 1973. — Vol. 130, N 1. — P. 92—93.

Об авторе

Тювина Нина Аркадьевна

доктор медицинских наук, профессор кафедры психиатрии и медицинской психологии ММА им. И. М. Сеченова, врач высшей категории.

После окончания в 1973 г. 1-го ММИ работает в психиатрической клинике им. С. С. Корсакова.

Автор более 50 научных работ.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение 5

Глава 1. КЛИМАКТЕРИЧЕСКИЙ СИНДРОМ КАК БИО-ПСИХО-СОЦИО-КУЛЬТУРАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА 8

Основные понятия 8

Возраст наступления менопаузы 11

Частота климактерического синдрома 14

Гормональные изменения в организме на пути к климактерию 15

Основные клинические проявления дефицита эстрогенов 18

Психосоциальные аспекты климактерия 21

Особенности характера женщин, страдающих от климактерического синдрома 27

Культуральный аспект климактерического синдрома 32

Глава 2. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ КЛИМАКТЕРИЯ (*в соавт. с В. В. Балабановой*) 38

Диагностика ранних проявлений климактерия 38

Клинические проявления климактерического синдрома 43

Психопатологические проявления климактерического синдрома 49

Сексуальные нарушения у женщин в период климактерия 75

Глава 3. ХИРУРГИЧЕСКАЯ МЕНОПАУЗА (ИСКУССТВЕННЫЙ КЛИМАКТЕРИЙ) 80
Посткастрационный синдром 83
Состояние после гистерэктомии 95

Глава 4. ИПОХОНДРИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЧЕСКИМ ТЕЧЕНИЕМ КЛИМАКТЕРИЯ 106

Глава 5. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ВПЕРВЫЕ ВОЗНИКШИХ В ПЕРИОД КЛИМАКТЕРИЯ . . . 118
Психические болезни и климактерий 118
Неврозы и реактивные состояния 121
Дифференциальная диагностика неврозов и психических нарушений при климактерическом синдроме 140
Маниакально-депрессивный психоз 143
Дифференциальная диагностика эндогенной и климактерической депрессии 151
Инволюционная меланхолия 152
Особенности злоупотребления алкоголем у женщин в период климактерия 159
Общее представление об алкоголизме . . 159
Возможные пути развития алкоголизма в климактерии 164

Глава 6. ТЕРАПИЯ И ПРОФИЛАКТИКА ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО ПЕРИОДА (*в соавт. с В. В. Балабановой*) 179
Основные принципы терапии 179
Гормональная заместительная терапия 181
Применение психотропных препаратов 188
Психотерапия 196

Психические нарушения у женщин в период климактерия 223

Особенности лечения психических заболеваний в период климактерия 201
Профилактика 205

Словарь использованных психиатрических терминов . . 210
Использованные сокращения 212
Литература 214

Тювина Нина Аркадьевна

ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ЖЕНЩИН В ПЕРИОД КЛИМАКТЕРИЯ

Редактор *О. Мельникова*
Корректоры *Т. Нарышкина, Л. Кузнецова*
Технический редактор *Т. Кулагина*
Компьютерная верстка *З. Полосухиной*

ЛР 064134 («КРОН-ПРЕСС»)
Подписано в печать с готовых диапозитивов 09.10.96.
Формат $84 \times 108^1/_{32}$. Печать офсетная. Бумага офсетная.
Гарнитура Таймс. Усл. печ. л. 11,76. Тираж 15 000 экз.
Заказ 7568.

Издательский Дом «КРОН-ПРЕСС»
103030, Москва, ул. Новослободская, 18, а/я 54

По вопросам реализации обращаться по адресу:
Москва, Огородный проезд, 6
Тел.. 218-30-03, 218-52-00

Посетите магазин «КРОН-ПРЕСС» по адресу:
Москва, ул. Новослободская, 18
Тел. 972-14-23

Отпечатано с готовых диапозитивов на Книжной фабрике № 1 Госкомпечати России.
144003, г. Электросталь Московской обл., ул. Тевосяна, 25.

ISBN 5-232-00359-3

ЦБС ЗАО Библиотека № 222
0 580003 934606

40

ВРАЧ И БОЛЬНОЙ

В книге

доктора медицинских наук, профессора

Нины Аркадьевны ТЮВИНОЙ

РАССМАТРИВАЮТСЯ:

психосоциальные аспекты климактерия

★

влияние климактерического синдрома на характер женщины

★

климакс и семейные проблемы

★

хирургическая менопауза – пути адаптации

★

терапия и профилактика патологии климакса

☆ ☆ ☆ ☆ ☆ ☆ ☆ ☆ ☆ ☆ ☆ ☆ ☆ ☆ ☆

Климактерий – не трагедия вашей жизни, а естественный физиологический процесс

СМОТРИТЕ В БУДУЩЕЕ С ОПТИМИЗМОМ